

### **Die große Hoffnung auf des Messers Schneide?! Die Gesundheitswirtschaft als Gestaltungsfeld personenbezogener Dienstleistungen ; Entwicklung des betrieblichen und individuellen Qualifizierungsbedarfs und Herausforderungen an das System der beruflichen Bildung in den Gesundheitsberufen**

Evans, Michaela

Postprint / Postprint

Diplomarbeit / master thesis

**Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:**

SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

#### **Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:**

Evans, M. (2004). *Die große Hoffnung auf des Messers Schneide?! Die Gesundheitswirtschaft als Gestaltungsfeld personenbezogener Dienstleistungen ; Entwicklung des betrieblichen und individuellen Qualifizierungsbedarfs und Herausforderungen an das System der beruflichen Bildung in den Gesundheitsberufen*. Dortmund. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-121518>

#### **Nutzungsbedingungen:**

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

#### **Terms of use:**

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Ruhr-Universität Bochum  
Fakultät für Sozialwissenschaft

## **Die große Hoffnung auf des Messers Schneide?!**

Die Gesundheitswirtschaft als Gestaltungsfeld personenbezogener Dienstleistungen.  
Entwicklung des betrieblichen und individuellen Qualifizierungsbedarfs und Herausforderungen  
an das System der beruflichen Bildung in den Gesundheitsberufen

### **Diplomarbeit**

vorgelegt von:

Michaela Evans

betreut durch:

Prof. Dr. Rolf G. Heinze

Bochum, Mai 2004

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>1</b>
1.1	Zur Zielsetzung der Arbeit.....	4
1.2	Zum Aufbau der Arbeit.....	7
1.3	Methodisches Vorgehen.....	9
<b>2</b>	<b>Wie, bitte, geht es denn zur Dienstleistungsgesellschaft?.....</b>	<b>11</b>
2.1	Zum Stand der Dienstleistungsdebatte in Deutschland .....	11
2.2	Und der Rest ist Dienstleistung? – Dienstleistungen zwischen sozialstatistischer Klassifizierung und soziologisch-funktionaler Abgrenzung .....	14
2.2.1	<i>Zur statistischen Erfassung von Dienstleistungen und Dienstleistungsbeschäftigung.....</i>	<i>14</i>
2.2.2	<i>Auf der Suche nach den konstitutiven Merkmalen personenbezogener Dienstleistungen.....</i>	<i>16</i>
2.3	Entwicklung der Dienstleistungsgesellschaft und Qualifizierung für die Dienstleistungsgesellschaft – Früher und Heute zwei Seiten einer Medaille!.....	23
2.4	Personenbezogene Dienstleistungen – Ein Suchfeld für Lebensqualität, Beschäftigung und Innovation.....	28
2.4.1	<i>Personenbezogene Dienstleistungen: Ein Frauenarbeitsmarkt mit schlechtem Image .....</i>	<i>34</i>
2.4.2	<i>Die Modernisierung personenbezogener Dienstleistungen im Spannungsfeld von Markt und Staat – Chance und Risiko zugleich ....</i>	<i>35</i>
2.5	Innovation, Wissen und Qualifizierung: Zur Rolle der beruflichen Bildung im Kontext der Entwicklung und Modernisierung des personenbezogenen Dienstleistungssektors .....	39
2.5.1	<i>Begriffliche Klärungen, Wirkungszusammenhänge und Trends .....</i>	<i>39</i>
2.5.2	<i>Berufliche Bildung und Berufsbildungspolitik als Innovationsmotoren? .....</i>	<i>44</i>
2.6	Zusammenfassung im Hinblick auf die Fragestellung .....	49
<b>3</b>	<b>Die Gesundheitswirtschaft – Von der großen Hoffnung zum Sorgenkind der Dienstleistungsgesellschaft?! .....</b>	<b>51</b>
3.1	Die Gesundheitswirtschaft: Eine Branche zeigt ihr Profil.....	53
3.2	Zur wirtschaftlichen Bedeutung des besonderen Produktes „Gesundheit“ ...	56
3.3	Beschäftigung und Ausbildung in der Gesundheitswirtschaft – Eine Bestandsaufnahme .....	61
3.3.1	<i>Beschäftigungsentwicklung nach Berufsgruppen.....</i>	<i>63</i>
3.3.2	<i>Beschäftigungsentwicklung nach Einrichtungen.....</i>	<i>64</i>
3.3.3	<i>Ausbildung in der Gesundheitswirtschaft.....</i>	<i>67</i>

3.4	Beschäftigungspotenziale der Gesundheitswirtschaft – Der Blick in die Zukunft lässt hoffen, aber ...!	71
3.5	Qualifizierte Arbeit in der Gesundheitswirtschaft: Bald Mangelware?!	75
3.5.1	<i>Qualifizierungsbedingter Fachkräftemangel</i>	75
3.5.2	<i>Arbeit in der Gesundheitswirtschaft – Hart, aber herzlich!</i>	82
3.6	Zusammenfassung im Hinblick auf die Fragestellung	86
<b>4</b>	<b>Die Gesundheitswirtschaft im Umbruch – Herausforderung für die Qualifizierung</b>	<b>88</b>
4.1	Endogene und exogene Entwicklungstrends mit Einfluss auf den Qualifizierungsbedarf in der Gesundheitswirtschaft	89
4.1.1	<i>Von der regulierten Sozialeinrichtung zur wettbewerbsorientierten Dienstleistungsorganisation</i>	90
4.1.2	<i>Die Herausforderung „Soziodemographischer Wandel“: Kein Service „von der Stange“ – Produkte und Dienstleistungen für Gesundheit und mehr Lebensqualität</i>	99
4.1.3	<i>Moderne Technik und wissenschaftlicher Fortschritt machen's möglich – Innovative Dienstleistungs- und Organisationskonzepte..</i>	104
4.1.4	<i>Die Gesundheitswirtschaft im internationalen Wettbewerb: Zur Notwendigkeit multikultureller Kompetenzen</i>	106
4.1.5	<i>Personalmangel in der Gesundheitswirtschaft – Auslöser betrieblicher Qualifizierungsaktivitäten</i>	108
4.1.6	<i>Die „gesunde“ Profilierung braucht Lernnetzwerke</i>	110
4.2	Vorläufige Schlussfolgerung mit Blick auf die Fragestellung	112
4.3	Zwischen „organisierter Unverantwortlichkeit“ und „unverantwortlicher Unorganisiertheit“ – Zur Situation der beruflichen Bildung in der Gesundheitswirtschaft	113
4.3.1	<i>Exkurs: Ausbildung im internationalen Vergleich – Das Beispiel Krankenpflege</i>	120
4.3.2	<i>Professionalisierung durch Akademisierung der Pflege(bildung) als „One-Best-Way“ aus der Krise?</i>	122
4.4	Schlussfolgerung im Hinblick auf die Fragestellung: Notwendig ist die kontinuierliche Verzahnung von Arbeiten und Lernen!	129
<b>5</b>	<b>Modernisierung, Qualifikationsentwicklung und Qualifikationsbedarf der Gesundheitswirtschaft – Empirische Ergebnisse</b>	<b>131</b>
5.1	Modernisierung in der Gesundheitswirtschaft im Vergleich mit weiteren Wirtschaftssektoren	131
5.2	Organisation und Finanzierung betrieblicher Fort- und Weiterbildung in der Gesundheitswirtschaft – Ein Überblick	136
5.3	Nachfrage nach Gesundheitsberufen und Qualifikationen	145
5.3.1	<i>Berufe die in Stellenanzeigen nachgefragt werden</i>	146
5.3.2	<i>Wichtige fachliche und überfachliche Anforderungen der Betriebe...</i>	146
5.3.3	<i>Neue Qualifikationsanforderungen der Betriebe nach Berufen</i>	148

5.3.4	<i>Neue Qualifikationsanforderungen und Qualifizierungs- erfordernisse</i> .....	149
5.4	Neue Berufe in der Gesundheitswirtschaft.....	150
5.5	Zur Notwendigkeit betrieblicher Weiterbildung aus Sicht der Mit- arbeiter – Krankenhäuser und stationäre Altenhilfeeinrichtungen im Vergleich.....	153
5.5.1	<i>Mitarbeiterbefragung in Krankenhäusern</i> .....	153
5.5.2	<i>Mitarbeiterbefragung in stationären Senioreneinrichtungen</i> .....	159
<b>6</b>	<b>Fazit und Ausblick</b> .....	<b>165</b>
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>170</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anteil des Dienstleistungssektors an der Gesamtbeschäftigung in ausgewählten OECD Ländern (1998) .....	2
Abbildung 2: Veränderung der Qualifikationsanforderungen als Ergebnis des Wirkungszusammenhangs auf drei Ebenen.....	5
Abbildung 3: Konzept der Interaktionsarbeit nach Büssing/Glaser .....	21
Abbildung 4: Verknüpfung von Bildungs-, Berufs- und Beschäftigungssystem.....	46
Abbildung 5: Beschäftigung und Ausbildung im Dienstleistungssektor 2002 (gesamtes Bundesgebiet).....	47
Abbildung 6: Profil der Gesundheitswirtschaft.....	54
Abbildung 7: Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP im internationalen Vergleich im Jahr 2001 (in Prozent).....	59
Abbildung 8: Entwicklung der Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich 1995-2001 (pro Kopf in US \$ Kaufkraftparität) .....	60
Abbildung 9: Beschäftigungsentwicklung ausgewählter Branchen 1993-1996 (in Prozent).....	62
Abbildung 10: Gesundheitspersonal 2001 nach Berufsgruppen und Geschlecht (in Tausend).....	63
Abbildung 11: Gesundheitspersonal 2001 nach Einrichtungen und Geschlecht (in Tausend).....	65
Abbildung 12: Betriebe mit Problemen bei der Personalsuche im Vergleich der Wirtschaftssektoren 2002 (in % der Betriebe) .....	76
Abbildung 13: Stellenbesetzungsprobleme nach Einrichtungen im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft 2003 (in % der Betriebe) .....	77
Abbildung 14: Art der Rekrutierungsprobleme in Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft 2002 (in % der befragten Betriebe) .....	78
Abbildung 15: Rekrutierungsprobleme von Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft bei Pflegekräften nach Qualifikationsniveau 2003 (in % der befragten Betrieb).....	79
Abbildung 16: Personalprobleme im Gesundheits- und Sozialwesen 2002 (in % der Betriebe).....	80
Abbildung 17: Anreize von Allgemeinen Krankenhäusern zur Gewinnung von Mitarbeitern 2002 (in % der Betriebe) .....	81
Abbildung 18: Durchgeführte und geplante Modernisierungen im Gesundheitssektor in NRW 2002 (in % der Betriebe) .....	132
Abbildung 19: Modernisierung und Beschäftigungsentwicklung – Gesundheitssektor und Gesamtwirtschaft in NRW im Vergleich 2002 (in % der Betriebe).....	133
Abbildung 20: Betriebe mit offenen und nicht realisierten Einstellungen nach Wirtschaftssektoren in NRW 2002 (in % aller Betriebe) .....	134

Abbildung 21: Durchführung systematischer Personalentwicklung in Krankenhäusern 2002 (in % der Einrichtungen).....	138
Abbildung 22: Berücksichtigte Maßnahmen im Rahmen der systematischen Personalentwicklung in Krankenhäusern 2002 (in % der Einrichtungen).....	139
Abbildung 23: Wie wurden im Jahr 2002 Fort- und Weiterbildungsentschei- dungen in Krankenhäusern getroffen? (in % der Einrichtungen).....	140
Abbildung 24: Formen der Fort- und Weiterbildung in Krankenhäusern 2002 (in % der Einrichtungen).....	141
Abbildung 25: Dauer der Weiterbildung in Krankenhäusern 2002 (in Tagen/Jahr) ..	142
Abbildung 26: Finanzierung der externen Fort- und Weiterbildung durch die Krankenhäuser 2002 (in % der Einrichtungen).....	143
Abbildung 27: Kosten der externen Fort- und Weiterbildung in Kranken- häusern 2002 (in Euro je Vollkraft).....	144
Abbildung 28: Mitarbeiterbeurteilung nach Arbeitsbereichen zur Veränderung der Arbeitsabläufe in Krankenhäusern 2003 (in % der befragten Mitarbeiter) .....	153
Abbildung 29: Mitarbeiterbeurteilung nach Arbeitsbereichen zur Zufrieden- heit mit Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten 2003 (in % der befragten Mitarbeiter) .....	154
Abbildung 30: Mitarbeiterbeurteilung nach Arbeitsbereichen zur Ermög- lichung der Weiterbildungsteilnahme durch den unmittelbaren Vorgesetzten 2003 (in % der befragten Mitarbeiter) .....	155
Abbildung 31: Mitarbeiterbeurteilung nach Arbeitsbereichen zum Fachwissen 2003 (in % der befragten Mitarbeiter).....	157
Abbildung 32: Mitarbeiterbeurteilung nach Arbeitsbereichen zur Schulung bei fachlichen Defiziten 2003 (in % der befragten Mitarbeiter) .....	158
Abbildung 33: Mitarbeiterbeurteilung nach Arbeitsbereichen zur Markt- anpassung der Einrichtung (in % der befragten Mitarbeiter) .....	159
Abbildung 34: Mitarbeiterbeurteilung nach Arbeitsbereichen zu guten Weiterbildungsmöglichkeiten in den Einrichtungen 2003 (in % der befragten Mitarbeiter).....	160
Abbildung 35: Mitarbeiterbeurteilung nach Arbeitsbereichen zur Ermög- lichung der Teilnahme an Weiterbildungs- und Qualifizierungs- maßnahmen durch den Vorgesetzten 2003 (in % der befragten Mitarbeiter) .....	161
Abbildung 36: Mitarbeiterbeurteilung nach Arbeitsbereichen zum fehlenden Fachwissen 2003 (in % der befragten Mitarbeiter).....	162
Abbildung 37: Mitarbeiterbeurteilung nach Arbeitsbereichen zur Schulung bei fachlichen Defiziten 2003 (in % der befragten Mitarbeiter) .....	162
Abbildung 38: Mitarbeiterbeurteilung nach Arbeitsbereichen zur individuellen Qualifizierungsplanung 2003 (in % der befragten Mitarbeiter).....	163

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Verwendete Datenquellen im Kontext der Arbeit.....	10
Tabelle 2:	Indikatoren der Dienstleistungsbeschäftigung .....	15
Tabelle 3:	Zentrale und korrespondierende Merkmale von Dienstleistungen.....	19
Tabelle 4:	Entwicklung der Erwerbstätigen nach Haupttätigkeits- gruppen 1995-2010 (Angaben in Prozent) .....	29
Tabelle 5:	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Wirtschafts- gruppen 1998-2001 (in Klammern Anteile an der Gesamt- beschäftigung) .....	33
Tabelle 6:	Sektoren der Wohlfahrtsproduktion nach Evers/Olk.....	37
Tabelle 7:	Prognose zur Marktentwicklung im Gesundheitswesen 1995-2020 .....	58
Tabelle 8:	Beschäftigungsentwicklung ausgewählter Personalgruppen im Krankenhaus (1991-2001).....	66
Tabelle 9:	Ausbildung in ausgewählten Berufen des Gesundheitswesens in NRW (1995 und 2001) .....	68
Tabelle 10:	Nachfrage nach Betreuungsleistungen-nach Pflegestufen (Prognose 2020 und 2050) .....	72
Tabelle 11:	Prognose zur Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft NRW bis 2015.....	73
Tabelle 12:	Aufgabenentwicklung in Krankenhäusern 1991-2001 .....	83
Tabelle 13:	Klassifizierung der wichtigsten Einflussfaktoren auf den quantitativen und qualitativen Qualifizierungsbedarf in der Gesundheitswirtschaft ....	89
Tabelle 14:	Gesundheitsrechtliche und –politische Vorgaben mit Einfluss auf den Qualifizierungsbedarf in der Gesundheitswirtschaft .....	91
Tabelle 15:	Vergleichende Typologie der „regulierten Sozialeinrichtung“ und der „wettbewerbsorientierten Dienstleistungsorganisation“.....	93
Tabelle 16:	Beziehungsgeflecht von Produkt- und Marktentwicklung .....	98
Tabelle 17:	Relevante Qualifizierungsfelder der Gesundheitswirtschaft .....	113
Tabelle 18:	Ausbildungsberufe und Regelungsebenen nach dem Modell der Gesundheitswirtschaft .....	115
Tabelle 19:	Ausgewählte Bedeutungen von Arbeit, Beruf und Profession .....	125
Tabelle 20:	Durchgeführte Modernisierungsmaßnahmen nach Wirtschafts- sektoren in NRW 2002 (in % der Betriebe).....	131
Tabelle 21:	Art der Rekrutierungsprobleme nach Wirtschaftssektoren in NRW 2002 (in % aller Nennungen) .....	135
Tabelle 22:	Angebot und Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Weiterbildung im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft nach Einrichtungstyp und Größenklasse (2001).....	137

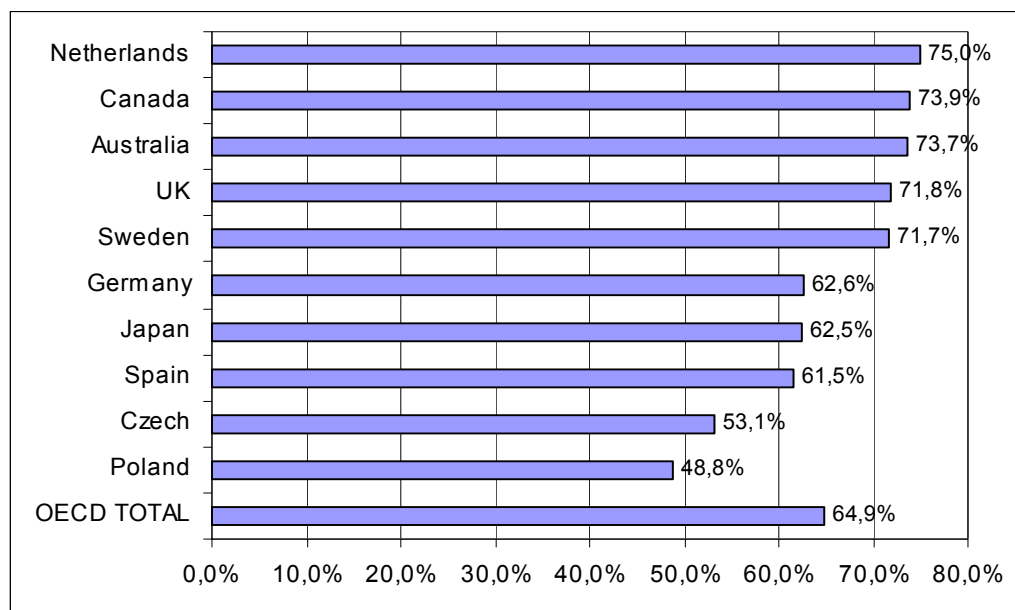


# 1 Einleitung

Dienstleistungen sind ubiquitär. Wir begegnen ihnen nahezu an allen Orten, in vielen Lebensbereichen und in allen Lebensphasen. JEAN FOURASTIÉ sah in der Expansion des Dienstleistungssektors bereits 1949 die „Große Hoffnung des zwanzigsten Jahrhunderts“ (Fourastié 1969 [1949]): Die ‚tertiäre Zivilisation‘ – so argumentierte er – würde geprägt sein durch eine deutliche Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie durch ökonomische und politische Stabilität (vgl. Häußermann/Siebel 1995: 34f.). Der wirtschaftliche Mechanismus der auf der Nachfrageverschiebung vom primären zum tertiären Sektor beruht, wäre dauerhaft in der Lage, das Krisenphänomen der ‚*technologischen Arbeitslosigkeit*‘ durch die Bereitstellung neuer und besserer Arbeitsplätze im tertiären Sektor zu bekämpfen (vgl. Fourastié 1969: 71). Obwohl in aller Klarheit formuliert, folgte die eigentliche Diskussion über die beschäftigungspolitischen und wirtschaftlichen Chancen eines Ausbaus des Dienstleistungssektors seiner unübersehbaren Ausbreitung in den meisten Industriegesellschaften erst einige Jahre danach (vgl. Scharfenorth 2003: 5).

Spätestens seit den 80er Jahren ist der tertiäre Sektor in Deutschland, gemessen an der Zahl der dort Erwerbstätigen, der wirtschaftlich dominierende Sektor (vgl. Statistisches Bundesamt 2002: 91). Die Beschäftigung im Dienstleistungssektor erweist sich nicht nur in Deutschland, sondern wie Abbildung 1 ausweist, auch in weiteren OECD-Ländern als zentrale Größe. Deutlich wird jedoch auch: Deutschland rangiert in punkto Dienstleistungsbeschäftigung international derzeit lediglich im Mittelfeld. Die wirtschaftlichen und beschäftigungspolitischen Potentiale des Dienstleistungssektors – so die Schlussfolgerung – scheinen hierzulande längst noch nicht ausgeschöpft zu sein. Faktisch präsentiert sich der Strukturwandel zur Dienstleistungsgesellschaft als Ergebnis der Verschränkung zweier parallel verlaufender Entwicklungstendenzen: Einerseits des Rückgangs der industriellen Produktion und Beschäftigung (*Deindustrialisierung*) und andererseits der Zunahme der Dienstleistungsproduktion und -beschäftigung (*Tertiarisierung*). Die Nachrichten über steigende Arbeitslosenzahlen und ein Wirtschaftswachstum, das deutlich hinter den gesteckten Erwartungen zurückbleibt, sind letztlich auch als Ausdruck der Tatsache zu interpretieren, dass bis heute der Abbau von Arbeitsplätzen im industriellen Sektor durch den Ausbau von Dienstleistungsarbeitsplätzen nur unzureichend aufgefangen werden konnte.

**Abbildung 1: Anteil des Dienstleistungssektors an der Gesamtbeschäftigung in ausgewählten OECD Ländern (1998)**



Quelle: OECD (2000) Statistics on Value Added and Employment, Paris

Die Lösung der derzeit bestehenden Strukturprobleme hängt somit wesentlich von der Beantwortung der folgenden Fragen ab: Wo liegen eigentlich innovative Beschäftigungsfelder der Zukunft? Über welche neuen und zusätzlichen Berufe und Qualifikationen können diese Beschäftigungsfelder erschlossen werden? Und schließlich: Welche neuen und zusätzlichen Qualifikationen sind zur Modernisierung bereits bestehender Berufs- und Beschäftigungsfelder erforderlich? Impulse für die Entstehung und Entwicklung neuer Tätigkeitsfelder und Qualifikationen gehen vor allem aus den sich wandelnden gesellschaftlichen und betrieblichen Bedarfen, wissenschaftlichen und technischen Innovationen sowie veränderten politisch-rechtlichen Rahmenbedingungen hervor (vgl. Meifort 2001). Insbesondere die *personenbezogenen Dienstleistungen* gelten auf der Suche nach innovativen Wirtschafts- und Beschäftigungsfeldern als aussichtsreiche Kandidaten. Nicht zuletzt deshalb, weil der Ausbau personenbezogener Dienste den Brückenschlag zwischen ökonomischen Herausforderungen für Wirtschaft und Beschäftigung einerseits und der Steigerung der Lebensqualität breiter Bevölkerungsschichten andererseits wie keine andere Branche vollziehen kann.

Die Realisierung der prognostizierten Potentiale wird wesentlich davon abhängen, inwieweit es den Anbietern personenbezogener Dienstleistungen gelingen wird, das *Spannungsverhältnis zwischen den individuellen Kundenbedarfen durch die Entwicklung innovativer, kostengünstiger Produkte und Dienstleistungen und den jeweiligen betrieblich-ökonomischen Anforderungen* zu bewältigen. In diesem Modernisierungsprozess werden das Wissen und die Qualifizierung der Beschäftigten zu entscheiden-

den Entwicklungsvoraussetzungen. Personenbezogene Dienstleistungen stehen insofern im Zentrum des „*doppelten Strukturwandels*“. Dieser bezeichnet den Sachverhalt, dass der Wandel zur Dienstleistungsökonomie verschränkt ist mit einem Wandel der qualifikatorischen Grundlagen der Erwerbsarbeit (Baethge 2001). Der Ausbau *qualifizierter* personenbezogener Dienstleistungsarbeit, und nicht deren Reduktion im Zuge vorschneller betrieblicher Ökonomisierungsstrategien, wird insofern zur grundlegenden Voraussetzung für Innovation, wirtschaftliches Wachstum damit auch der Schaffung weiterer Arbeitsplätze in diesem Sektor.

Die Grundlagen beruflicher Handlungskompetenz personenbezogener Dienstleistungsarbeit sollten in Anbetracht der enormen Entwicklungsdynamik der Branche möglichst nicht als Konstanten verstanden werden. Informationen über Veränderungen in den Qualifikationsanforderungen sollten möglichst zeitnah zum aktuellen Qualifikationsbedarf bereitgestellt und durch die Anpassung der beruflichen Bildung begleitet werden. Dies gilt umso mehr für jene Berufe und Tätigkeitsfelder, die nicht im Rahmen der typischen Verbands- und Interessenstrukturen des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) und der Handwerksordnung (HwO) geregelt werden. Gerade im Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen fehlt es derzeit noch an frühzeitigen Informationen zu beschäftigungsrelevanten beruflichen Entwicklungsprozessen (vgl. Meifort 2001). Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte *Forschungsnetz FreQueNz* bildet hier eine Ausnahme. Ziel der Initiative ist es die relevanten Marktveränderungen frühzeitig zu erfassen, um somit schneller auf die beruflichen Qualifikationstrends durch die Entwicklung neuer Qualifikationsprofile reagieren zu können (vgl. <http://www.frequenz.net>).

Die Qualifikationsdebatte hat in den Sozialwissenschaften bereits eine längere Tradition (vgl. Baethge/Baethge-Kinsky 1995). Während die *entwicklungstheoretisch gefasste Perspektive* auf die Genese, Ursache und Antriebskräfte von *Qualifikationsstrukturveränderungen* auf der gesamtgesellschaftlichen Makroebene zielt, fokussiert die *strukturbezogene Perspektive* – an welcher auch die vorliegende Arbeit ansetzt – auf die *qualitativen Veränderungen der Qualifikationsprofile* im Zuge des ökonomischen, technischen und soziodemographischen Wandels. Die „Post-moderne“ hat mittlerweile auch die Berufs- und Qualifikationsdebatten in den personenbezogenen Dienstleistungen erreicht, in deren Zentrum sich nun die lebenslange und flexible Akquisition von Berufsqualifikationen sowie die individuelle Anpassung des beruflichen Wissens und Könnens wieder finden (vgl. BIBB 2002: 21). Personenbezogene Dienstleistungen gelten längst nicht mehr als laienhaft erbrachte Dienste im Auftrag der Nächstenliebe, sondern sie sind im Laufe der letzten Jahre in

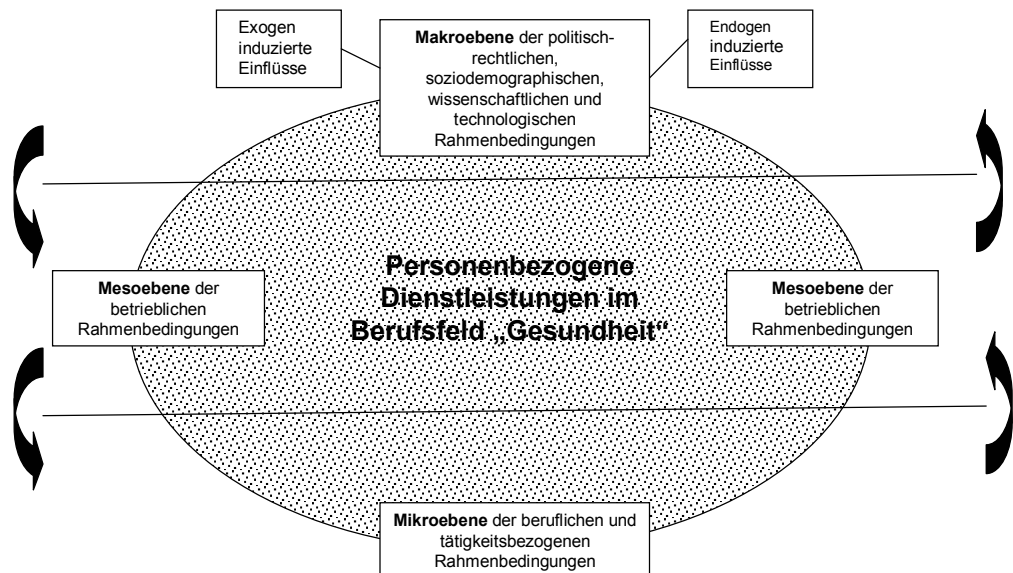
einen umfassenden *Modernisierungs- und Professionalisierungsprozess* eingetreten, welcher die Qualifizierungsbedarfe in diesem Feld nachhaltig beeinflusst. Betriebliche und individuelle Qualifizierungsmaßnahmen eröffnen den Beschäftigten die Möglichkeit, Wissensbestände auf ihre Relevanz hin zu überprüfen, ihr Wissen fortzuentwickeln, zu aktualisieren und neue Wissensbausteine zu integrieren, die traditionell nicht zum Kern der beruflichen Handlungskompetenz gehören mit dem Ziel, die betriebliche und individuelle Innovationsfähigkeit zu stärken. Ein funktionsfähiges System der beruflichen Aus- und Weiterbildung wird an dieser Stelle zum entscheidenden Motor der Modernisierung personenbezogener Dienstleistungen.

### **1.1 Zur Zielsetzung der Arbeit**

Große Hoffnungen auf wirtschaftliches Wachstum, Beschäftigung und Lebensqualität ruhen derzeit auf einer besonderen Branche, der Gesundheitswirtschaft. *Personenbezogene und wissensintensive Dienstleistungen bilden den Kern der Gesundheitswirtschaft.* Die Beschäftigten – angesprochen werden vor allem Ärzte, Kranken- und Altenpflegekräfte als die wesentlichen Berufsgruppen – stehen derzeit vor besonderen Herausforderungen (siehe Abbildung 2): Ihr berufliches Handeln in Interaktion mit dem Klienten (*Mikroebene der beruflichen und tätigkeitsbezogenen Rahmenbedingungen*) wird einerseits durch den Wandel der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen beeinflusst (*Makroebene der politisch-rechtlichen, soziodemographischen und technologischen Rahmenbedingungen*). Die Einflussfaktoren auf der Makroebene lassen sich darüber hinaus danach differenzieren, ob sie durch die Branche selbst induziert werden (endogen) oder aber von außen (z.B. durch den Gesetzgeber; exogen) an die Branche herangetragen werden. Andererseits ist das berufliche Handeln eingebettet in die spezifischen Handlungsbedingungen der jeweiligen Einrichtungen – z.B. Technikeinsatz am Arbeitsplatz, Formen der Arbeitsorganisation, Beschäftigungsstruktur – in denen die Mitarbeiter tätig sind (*Mesoebene der betrieblichen Rahmenbedingungen*). Veränderte Rahmenbedingungen auf der konkreten Tätigkeitsebene beeinflussen wiederum die betrieblichen Voraussetzungen unter denen die Mitarbeiter agieren. Ein Beispiel: Die gesetzlich vorgeschriebene Einführung betrieblichen Qualitätsmanagements in Krankenhäusern beeinflusst die Qualifikationsanforderungen an die tagtägliche Arbeit der Beschäftigten. Ein konsequent betriebenes Qualitätsmanagement kann gleichzeitig dazu beitragen die Dienstleistungsqualität und Arbeitsabläufe in den Einrichtungen zu verbessern und somit die Arbeitsbelastung der Beschäftigten deutlich zu reduzieren. Zudem können Dienstleistungen mit Blick auf den Kunden wesentlich effizienter und effektiver bereitgestellt werden. In der Folge sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient

wegen des gleichen Problems noch einmal behandelt werden muss. Dies spart Kosten und verändert somit die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen unter denen die Einrichtungen agieren.

**Abbildung 2: Veränderung der Qualifikationsanforderungen als Ergebnis des Wirkungszusammenhangs auf drei Ebenen**



Die Veränderung der Qualifikationsanforderungen der Beschäftigten in den personenbezogenen und wissensintensiven Dienstleistungen der Gesundheitswirtschaft wird in dieser Arbeit analytisch als das Ergebnis des Wirkungszusammenhangs dieser drei benannten Ebenen interpretiert. *Qualifikationsentwicklung* ist somit nicht zuletzt eine Reaktion auf veränderte Tätigkeitsanforderungen im Rahmen betrieblicher Arbeitsprozesse in einem sich verändernden Unternehmensumfeld, d.h. in direkter oder indirekter Abhängigkeit von zahlreichen sich selbst fortlaufend verändernden und sich gegenseitig beeinflussenden Faktoren und Trends (vgl. Bärwald/Freikamp 2003). Qualifikationsentwicklung kann jedoch nicht nur als *direkte* Reaktion (*reaktive Qualifikationsentwicklung*) auf sich verändernde Anforderungen, sondern auch *in Erwartung* sich verändernder Rahmenbedingungen erfolgen (*prospektive Qualifikationsentwicklung*). Die berufliche und berufsbegleitende Qualifizierung im Sinne der Personalgewinnung und -entwicklung leistet nicht nur einen entscheidenden Beitrag zu einem kontinuierlichen, von der Basis ausgehenden Professionalisierungsprozess in den Gesundheitsberufen, sondern wird zur Entwicklungsvoraussetzung der Branche selbst:

„Die Qualität der Aus-, Weiter- und Fortbildung in den Gesundheitsberufen hat einen bedeutenden Einfluss auf die Prozess- und Ergebnisqualität der Gesundheitsversorgung. (...) Neben der Aneignung aktuellen Wissens und entsprechender Fähigkeiten muss somit ein fortgesetzter Professionalisierungsprozess treten, der bereits in der Ausbildung eingeleitet und angelegt wird. Daraus folgt, dass eine

standardisierte berufsbegleitende Sicherung der jeweils aktuell erforderlichen Qualifikation zugunsten der Wissensvermittlung relativ an Bedeutung gewinnen wird.“ (Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAIG) 2001: 17)

Die Realisierung der wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Potenziale der Gesundheitswirtschaft – so die *zentrale These dieser Arbeit* – wird zukünftig insbesondere davon abhängen, inwiefern es gelingen wird die Qualifizierung der Beschäftigten der Branche auf die veränderten Herausforderungen einzustellen. Qualifizierte Arbeit in der Gesundheitswirtschaft präsentiert sich bereits heute als ein gravierender Engpassfaktor im Prozess der Modernisierung. Der akute Fachkräftemangel der Branche ist vor allem auf zwei Einflussfaktoren zurückzuführen: Neben den belastenden Arbeitsbedingungen sind es vor allem *uneingelöste Qualifizierungsbedarfe*, welche die Entwicklungs- und Modernisierungschancen der Gesundheitswirtschaft derzeit ausbremsen. Während bisherige Studien lediglich die Frage nach der Entwicklung neuer Qualifikationen in der Gesundheitswirtschaft oder aber der Entwicklung des Fachkräftemangels in den Mittelpunkt ihrer Analysen stellten (Brose 2003; Abicht/Baldin/Freikamp 2002; Heege et al. 2001), greift dieser Ansatz meines Erachtens zu kurz: Die Zukunft der Gesundheitswirtschaft wird nicht nur davon abhängen, ob relevante Qualifikationsbedarfe rechtzeitig erkannt werden, sondern insbesondere davon, inwieweit es gelingt, diese in das System der beruflichen Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen einfließen zu lassen. Dieses ist derzeit – wie aufgezeigt werden kann – nur begrenzt in der Lage seine originäre Qualifikationsfunktion zu erfüllen. Vielmehr agieren Berufs-, Beschäftigungs- und Bildungssystem in den Gesundheitsberufen derzeit weitestgehend entkoppelt voneinander in einem Zustand, der zwischen „organisierter Unverantwortlichkeit“ und „unverantwortlicher Unorganisiertheit“ beschreiben werden kann. Im Rahmen dieser Arbeit kann ein systematischer Zusammenhang zwischen dem akuten Fachkräftemangel der Branche, der Entwicklung des betrieblichen Qualifizierungsbedarfs und der Notwendigkeit der Modernisierung des Systems der beruflichen Bildung in der Gesundheitswirtschaft aufgezeigt werden.

Die im Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen bereits bekannte Problematik unzureichender Arbeits- und Bildungsbedingungen, trotz hoffnungsvoller Perspektiven für Wirtschaft, Arbeit und Lebensqualität, findet derzeit in der Gesundheitswirtschaft somit ihre konsequente Fortsetzung. Dies gefährdet auf längere Sicht nicht nur die Qualität der Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik, sondern konterkariert darüber hinaus die derzeitigen Wachstumschancen der Branche. Ein umfassender Überblick zur Entwicklung des Qualifizierungsbedarfs in der Gesundheitswirtschaft und der Frage nach der Funktionalität des Systems der beruflichen Bildung, würde die

differenzierte Analyse entlang der unterschiedlichen „Schalen“ und Berufe auch in den Randbereichen und Nachbranchen der Gesundheitswirtschaft notwendig machen (siehe Kapitel 3.1). Da ein entsprechendes Vorgehen den Rahmen dieser Arbeit jedoch sprengen würde, soll hier im Wesentlichen auf die Veränderungen des Qualifizierungsbedarfs im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft eingegangen werden. Dieses Vorgehen ist nicht zuletzt auch einem weiteren Umstand geschuldet: Derzeit mangelt es noch an Studien zur Qualifikationsentwicklung insbesondere im Bereich der Vorleistungs- und Zulieferindustrien.

## **1.2 Zum Aufbau der Arbeit**

Das nachfolgende Kapitel (*Kapitel 2*) beginnt mit einer Aufarbeitung des Standes zur aktuellen Dienstleistungsdebatte in Deutschland (*Kapitel 2.1*). Es kann aufgezeigt werden, dass insbesondere solche Fragestellungen, welche auf die zentralen Entwicklungsvoraussetzungen der Qualifizierung und Professionalisierung der Dienstleistungen fokussieren, zunehmend an Bedeutung gewinnen. Dienstleistungen haben, wie anschließend dargestellt werden wird, im gesamtgesellschaftlichen und wirtschaftlichen Kontext eine herausragende funktionale Bedeutung (*Kapitel 2.2*). Mit Blick auf die in dieser Arbeit relevanten personenbezogenen Dienstleistungen wird unter Rückgriff auf das Konzept der Interaktionsarbeit gezeigt werden, dass diese durch spezifische Merkmale charakterisiert sind, welche die Kompetenzen und Qualifikationen der Beschäftigten zu elementaren Parametern der Dienstleistungsqualität werden lassen (*Kapitel 2.2.2*). Die Entwicklung der Dienstleistungsgesellschaft war von jeher eng mit der Qualifizierung *für* die Dienstleistungsgesellschaft verknüpft (*Kapitel 2.3*). Die Vorstellungen von JEAN FOURASTIÉ und DANIEL BELL zur Entwicklung der Dienstleistungsgesellschaft werden im Wesentlichen durch zwei Säulen getragen: Der wachsenden Bedeutung von Wissen, Qualifizierung und Ausbildung einerseits und dem Ausbau der personenbezogenen Dienstleistungen andererseits. Die hoffnungsvollen Chancen personenbezogener Dienstleistungen auf Lebensqualität, Beschäftigung und Innovation werden jedoch nur dann eingelöst werden können, wenn es den Anbietern gelingt, die Modernisierung personenbezogener Dienstleistungen im Spannungsfeld von Markt und Staat durch die Entwicklung innovativer, kundenorientierter Dienstleistungen zu bewältigen (*Kapitel 2.4*). Abschließend widmet sich der erste Teil dieser Arbeit der Frage, welche Wirkungszusammenhänge sich zwischen Innovation, Wissen und Qualifizierung theoretisch herausarbeiten lassen und ob die berufliche Bildung im Bereich personenbezogener Dienstleistungen in diesem Kontext ihre Rolle als Innovationsmotor derzeit einlösen kann (*Kapitel 2.5*).

Im Mittelpunkt des dritten und vierten Kapitels dieser Arbeit steht dann die Übertragung der vorab gewonnenen Erkenntnisse auf die Gesundheitswirtschaft. In Kapitel 3 erfolgt zunächst eine Bestandsaufnahme der Gesundheitswirtschaft entlang der Bereiche Wirtschaft, Beschäftigung, Ausbildung und Qualifizierung. Dabei wird zunächst der Frage nachgegangen, wie sich die Gesundheitswirtschaft gegenüber anderen Wirtschaftsbereichen sinnvoll eingrenzen lässt (*Kapitel 3.1*). Die wirtschaftliche, arbeits- und ausbildungsmarktpolitische Bedeutung der Branche steht dann im Zentrum der *Kapitel 2.2 und 2.3*. Darüber hinaus wird herausgearbeitet werden, dass die Branche über hoffnungsvolle Beschäftigungspotenziale (*Kapitel 2.4*) verfügt, diese jedoch angesichts des akuten qualifizierungsbedingten Fachkräftemangels (*Kapitel 3.5.1*) sowie der unzureichenden Arbeitsbedingungen (*Kapitel 3.5.2*) konterkariert werden. Die Gesundheitswirtschaft befindet sich in einem nachhaltigen Umbruchprozess, welcher die Qualifizierung der Beschäftigten und das System der beruflichen Bildung vor grundlegende Veränderungen stellt. In *Kapitel 4.1* sollen Antworten auf die folgenden, relevanten Fragestellungen gefunden werden:

- Welche (gesamtgesellschaftlichen) Trends haben Einfluss auf die Branche?
- Welche Veränderungen ergeben sich aufgrund der veränderten Rahmenbedingungen für das Arbeitsumfeld und den Arbeitsablauf der unmittelbar betroffenen Beschäftigtengruppen?
- Welche neuen und zusätzlichen Anforderungen werden an die Qualifikation der Beschäftigten gestellt und welche Qualifikationsbedarfe können daraus für die Gesundheitswirtschaft abgeleitet werden?

In *Kapitel 4.2* wird die derzeitige Situation der beruflichen Bildung in der Gesundheitswirtschaft untersucht. Die Leitfrage dieses Kapitels lautet: Ist das System der beruflichen Bildung in den Gesundheitsberufen derzeit in der Lage, die entstehenden Qualifikationsbedarfe auch einzulösen? Vor dem Hintergrund der Debatten um die Professionalisierung – insbesondere der Pflegeberufe – wird in *Kapitel 4.3.2* abschließend die Frage aufgeworfen, ob die vielfach eingeforderte Professionalisierung der Gesundheitsberufe durch ihre Akademisierung vor dem Hintergrund der bis dahin gewonnen Kenntnisse, als „*One-best-way*“ aus der Qualifizierungskrise aufrechterhalten werden kann und welche Schlussfolgerungen sich für zukünftige Qualifizierungsstrategien (*Kapitel 4.4*) daraus ableiten lassen.

Das *Kapitel 5* dient der empirischen Überprüfung und Vertiefung der vorab beschriebenen Modernisierungs- und Qualifizierungstrends. Neben einem Vergleich der aktuellen Modernisierungsaktivitäten in der Gesundheitswirtschaft mit anderen



Wirtschaftszweigen (*Kapitel 5.1*) wird die Organisation und Finanzierung betrieblicher Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in der Gesundheitswirtschaft anhand der vorliegenden empirischen Daten überprüft. Soviel vorab: Es kann aufgezeigt werden, dass die Branche insbesondere im Bereich der systematischen und prospektiven Personalentwicklung auf betrieblicher Ebene deutliche Defizite aufzuweisen hat. Die Darstellung und Interpretation der empirischen Ergebnisse zur aktuellen Nachfrage nach Gesundheitsberufen und Qualifikationen überprüft die in *Kapitel 4.1.* formulierten Hypothesen. Exkursorisch wird im Weiteren auf die Entwicklung neuer Berufe eingegangen werden (*Kapitel 5.5*). Abschließend erfolgt eine Ergänzung der bislang aus Sicht der Betriebe formulierten Qualifikationsbedarfe (*Nachfrageseite*) um empirische Ergebnisse zu der Frage, wie die Mitarbeiter im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft (*Angebotsseite*) ihre derzeitige Qualifizierungssituation beurteilen (*Kapitel 5.6*). Die Arbeit schließt mit der Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse im Hinblick auf die eingangs formulierte Fragestellung und einem gestaltungsorientierten Ausblick (*Kapitel 6*).

### **1.3 Methodisches Vorgehen**

Die vorliegende Arbeit basiert auf einem 2-stufigen Vorgehen. Zum einen dienen die einschlägige Sekundärliteratur wie auch Aufsätze in Fachzeitschriften der Gesundheitswirtschaft (siehe Literaturliste) der Exploration der wichtigsten Modernisierungs- und Entwicklungstrends. Die in dieser Arbeit präsentierten empirischen Ergebnisse basieren darüber hinaus nicht auf einer einzigen Erhebung, sondern sind aus unterschiedlichen Datenquellen zusammengestellt worden. Dies hat einerseits den Vorteil, dass ein breites Spektrum an Ergebnissen mit Blick auf die unterschiedlichen Akteure präsentiert werden kann und somit ein guter Überblick über das aktuelle Qualifizierungsgeschehen in der Gesundheitswirtschaft – insbesondere der ambulanten und stationären Versorgung – gezeichnet werden kann. Die verwendeten Daten stammen jeweils aus Untersuchungen, welche für sich genommen Repräsentativität beanspruchen können. Insofern bleibt die Problematik der Anschlussfähigkeit der Daten zwar erhalten, die auf der Basis der jeweiligen Quelle getroffenen Aussagen können jedoch für sich durchaus Repräsentativität einfordern. Derzeit mangelt es noch an integrierenden Studien zu diesem Themenbereich in der Gesundheitswirtschaft. Insgesamt haben die im Rahmen der Arbeit dargestellten Ergebnisse und Aussagen überwiegend explorativen Charakter. Einzelne Teilaspekte im Zusammenhang der Modernisierung, der Qualifikationsentwicklung und des Qualifikationsbedarfs der Gesundheitswirtschaft wären in entsprechenden Teilstudien

noch weiter zu vertiefen. Die nachfolgende Zusammenstellung gibt einen Überblick über die in dieser Arbeit verwendeten Datenquellen:

**Tabelle 1: Verwendete Datenquellen im Kontext der Arbeit**

<b>Datenquelle</b>	<b>Untersuchungsdesign</b>
A. GIB-Betriebsbefragung NRW 2002; Sonderauswertung für das Institut Arbeit und Technik (IAT)	Landesweite, schriftliche Unternehmensbefragung 2002 zur Erkundung der gegenwärtigen Beschäftigungslage. Insgesamt wurden 1.303 NRW-Betriebe der Gesundheitswirtschaft mit mehr als 4 Beschäftigten befragt. Die Auswahl der Betriebe erfolgte durch eine nach drei Betriebsgrößenklassen (5-9, 10-49, über 50 Beschäftigte) geschichteten Zufallsstichprobe aller NRW-Betriebe.
B. Ergebnisse aus der Forschung zur Qualifikations-Früherkennung (FreQueNZ)	Zur genauen Funktionsweise der FreQueNZ-Initiative siehe <a href="http://www.frequenz.net">http://www.frequenz.net</a>
B. 1 Analyse von Stellenanzeigen	Grundlage der Auswertung sind mehr als 5.000 Stellenanzeigen, die im Berufsfeld „Gesundheit und Soziales“ von September bis November 2001 aus 40 Zeitungen und Fachzeitschriften erhoben wurden.
B 2. Inserentenbefragungen	Im Oktober 2002 wurden mehr als 1.300 Betriebe der Gesundheitswirtschaft zu den von ihnen inserierten Stellen befragt.
C. BMBF-Förderprojekt „Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft“ durchgeführt am Institut Arbeit und Technik; Gelsenkirchen	Grundlage der Auswertung bilden die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen 2003. Befragt wurden sowohl Beschäftigte in 8 Krankenhäusern (N= 1623) als auch in 35 stationären Altenhilfeeinrichtungen (N= 534).
D. Herbstumfrage 2002 des Deutschen Krankenhaus Institut (DKI)	Bei der Befragung der DKI handelt es sich um eine schriftliche Befragung im Rahmen einer repräsentativen Stichprobe von allgemeinen Krankenhäusern. Beteiligt waren insgesamt 389 Krankenhäuser, die Rücklaufquote betrug 39,2 %. 73,3 % der Einrichtungen waren in den alten Bundesländern, 26,7 % in den neuen Bundesländern ansässig. Die größte Gruppe bildeten dabei nach Art des Krankenhauses die Plankrankenhäuser (90,4 %), Hochschulkliniken (3,9 %) und solche Einrichtungen, die einen Versorgungsvertrag nach § 108 Nr.3 SGB V abgeschlossen hatten (5,7 %). Differenziert nach der Art des Trägers entfielen 49,1 % auf öffentlich-rechtliche, 39,8 % auf frei-gemeinnützige und 10,8 % auf private Trägerschaften. Weitere 0,3 % der befragten Einrichtungen machten diesbezüglich keine Angaben. Die Ausrichtung der Krankenhäuser staffelt sich wie folgt: 78,9 % waren als Allgemeinkrankenhäuser und 19,5 % als Fachkrankenhäuser einzustufen. 4,6 % der Einrichtungen waren darüber hinaus noch als Belegkrankenhäuser einzuordnen.
E. IAB-Gesundheitswesenstudie 2003	Repräsentative Befragung von Betrieben des Gesundheits- und Sozialwesens, die im Frühjahr 2002 in Anlehnung an das IAB-Betriebspanel erstmalig durchgeführt wurde. In die Befragung einbezogen wurden nur Betriebe die nach der WZ- 93 Klassifizierung den NACE-Code 85 für Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen haben. Insgesamt wurden rund 7.500 Betriebe angeschrieben, 2.738 Betriebe sandten auswertbare Fragebögen zurück. Die Rücklaufquote betrug damit 37 %.

## 2 Wie, bitte, geht es denn zur Dienstleistungsgesellschaft?

### 2.1 Zum Stand der Dienstleistungsdebatte in Deutschland

Die Hoffnungen Fourastiés haben sich bislang zwar nur zum Teil erfüllt, dennoch ist unstrittig, dass die Arbeits- und Wirtschaftslandschaft in der Bundesrepublik durch die *Tertiarisierung der Beschäftigung*<sup>1</sup> in den letzten Jahrzehnten nachhaltig geprägt und verändert wurde. Die beschäftigungsstrukturellen Umbruchprozesse werden begleitet durch eine Vielzahl *sektorimmanenter Entwicklungen*: Die Internationalisierung der Dienstleistungsmärkte, neue Anforderungen im Bereich des Dienstleistungsmanagements und der Dienstleistungsorganisation, der verstärkte Einsatz von Informations- und Kommunikationsmedien ebenso wie die Suche nach intelligenten Produkt-/Dienstleistungskombinationen (vgl. Bullinger 1997: 29) sind in der Folge nicht ohne Konsequenzen für die Bereitstellung der Dienstleistungen und somit auch für die Anforderungen an die berufliche Bildung des Dienstleistungssektors geblieben. Die Verfügbarkeit und kontinuierliche Aktualisierung des ‚*Wissens*‘ der Beschäftigten ist zu einer essentiellen Entwicklungs-, Modernisierungs- und Innovationsvoraussetzung des Dienstleistungssektors selbst geworden. Dies gilt umso mehr als in der Literatur verstärkt darauf hingewiesen wird, dass ‚*Wissen*‘ als Quelle der Produktivität in allen Tätigkeitsbereichen zunehmend an Bedeutung gewinnt und die *Wissensteilung* als konstituierendes Merkmal des Zusammenspiels der Sektoren zur Erstellung innovativer Produkte und Dienstleistungen angesehen werden kann (vgl. Helmstädter 2001). Das Wissen und Können der Beschäftigten tritt in Arbeitskontexten damit nicht nur als *Produktivkraft* in Erscheinung, sondern darüber hinaus auch als *Innovationsmotor* für die Verbesserung bereits bestehender Dienstleistungen (*Prozessinnovationen*) einerseits sowie für die Entwicklung *neuer* Produkte und Dienstleistungen (*Produktinnovationen*) andererseits. Vor diesem Hintergrund erschließt sich die wachsende Bedeutung gut ausgebildeter Arbeitskräfte und deren Fähigkeit zur Entwicklung und Umsetzung von Innovationen, d.h. der Nutzung des organisatorischen und individuellen Innovationspotentials (vgl. Stille/Bitzer 1998: 15).

Für die kommenden Jahre wird ein weiteres Wachstum der Dienstleistungsbeschäftigung und der Dienstleistungstätigkeiten prognostiziert (vgl. Weidig/Hofer/Wolff 1998; Bandemer/Hilbert/Schulz 1998). Insbesondere die in der öffentlichen Debatte lange Zeit vernachlässigten *personen- und auf Lebensqualität bezogenen Dienstleistungen in den Bereichen Gesundheit, Bildung, Soziales, Freizeit, Sport und Kultur* sind

---

<sup>1</sup> Unter der „Tertiarisierung“ der Beschäftigung ist an dieser Stelle sowohl die absolute Zunahme der Erwerbstätigen im Dienstleistungssektor als auch die relative Zunahme der Erwerbstätigen im Vergleich der Wirtschaftssektoren zu verstehen.

auf der Suche nach aussichtsreichen Branchen für wirtschaftliches Wachstum und Beschäftigung zunehmend ins Blickfeld geraten (vgl. Beyer et al. 2003). Trotz seiner herausragenden Bedeutung für Wirtschaft, Beschäftigung *und* der Verbesserung der Lebensqualität breiter Bevölkerungsschichten, stand der Bereich personenbezogener Dienstleistungen lange Zeit abseits der dominanten wirtschafts-, bildungs- und arbeitsmarktpolitischen Debatten. Dies erscheint umso erstaunlicher, als die Visionäre der Dienstleistungsgesellschaft ihre Vorstellungen sozialer Wandlungsprozesse im Kern auf der steigenden Nachfrage und dem Ausbau eben dieser Dienstleistungen aufbauten. So entsteht der „*individuelle Hunger nach Tertiärem*“<sup>2</sup> in FOURASTIÉS Bild von der Dienstleistungsgesellschaft der Zukunft im Wesentlichen bei den privaten Haushalten und begründet sich durch das Streben der Menschen nach einer Steigerung ihrer individuellen Lebensqualität:

„Mit dem durchschnittlichen Reichtum des Menschen steigt auch sein Bedarf an Dienstleistungen, weil er nach einem Kompromiss zwischen den ihm angebotenen Freuden alle Art und der ihm zur Verfügung stehenden Zeit sucht. (...) Wir müssen hinzufügen, daß der reich gewordene Mensch sich und seine Kinder bildet, daß sich sein Geschmack verfeinert und individualisiert, daß seine Eitelkeit zu wirken beginnt und daß er eines Tages nicht mehr das gleiche kaufen will wie die anderen.“ (Fourastié 1969: 245).

Soviel wird deutlich: Im Zentrum der Entwicklung der Dienstleistungsgesellschaft steht das Individuum mit seinen spezifischen Bedürfnissen. In diesem Punkt konvergieren der beschäftigungsstrukturelle sowie der soziokulturelle Wandel zur Dienstleistungsgesellschaft. Obwohl die Errungenschaften und Potenziale des Ausbaus der Dienstleistungsgesellschaft grundsätzlich nicht mehr in Frage gestellt werden, eröffnen sich dennoch differenzierte Diagnose-, Interpretations- und Prognosespielräume. Die aktuelle wissenschaftliche Debatte zur Dienstleistungsgesellschaft ist vielschichtig und facettenreich: Wie steht es eigentlich um die Zukunft der Dienstleistungen (Bosch et al. 2002)? Sind hohe Arbeitslosigkeit, geringe und instabile Einkommen sowie schlechte Arbeitsbedingungen und geringqualifizierte Tätigkeiten in einigen Branchen nicht eher Ausdruck einer „*tertiären Krise*“ denn einer „*tertiären Zivilisation*“ (Zinn 1998)? Besteht vielleicht sogar die Gefahr, dass wir uns auf dem „*Holzweg in die Dienstleistungsgesellschaft befinden*“ (Lehndorff 2002)? Welche Rolle spielen Dienstleistungen in unserer Wirtschaft generell und im wirtschaftlichen Wandel der New Economy (Hartmann/Mathieu 2002)? Und: Welche Ursachen lassen sich für die oft prognostizierte Dienstleistungslücke in Deutschland konstatieren (Klös 2001)? Benötigt die Entwicklung der Dienstleistungsgesellschaft einen subventionier-

---

<sup>2</sup> Allerdings hat Fourastié nicht berücksichtigt, dass es auch bei der Nachfrage nach Dienstleistungen zur Sättigung kommen kann. Die Ausdehnung der Nachfrage hängt insbesondere von einer ausreichenden Kaufkraft der privaten Haushalte ab. Das Lohnniveau wird also auch hier zum entscheidenden Faktor.

ten Niedriglohnsektor (Heinze 2000)? Die Feststellung jedenfalls, dass nicht alle industrialisierten Volkswirtschaften gleiche *Entwicklungspfade*<sup>3</sup> auf dem Weg in die Dienstleistungsökonomie durchlaufen und in der Folge somit recht unterschiedliche *Entwicklungsstadien* aufweisen, lenkt die Aufmerksamkeit verstärkt auf solche Fragestellungen, welche sich mit den *Entwicklungsvoraussetzungen* des Dienstleistungssektors befassen. So verschieden die Blickwinkel auf den Dienstleistungssektor auch sein mögen, gemeinsam ist den Autoren nur allzu häufig die Schlussfolgerung, dass die Realisierung der großen Beschäftigungshoffnung Dienstleistungen im Sinne Fourastiés *kein wirtschaftlicher Selbstläufer* ist, sondern das Zusammenspiel von Akteuren aus Wirtschaft, Wissenschaft und Politik verlangt. Die Entwicklung des tertiären Sektors hängt in starkem Maße von (gesellschaftlichen) Innovationen<sup>4</sup> und einer politischen Begleitung im Sinne einer aktivierenden Dienstleistungspolitik ab (vgl. Bosch/Wagner 2002; Heinze/Streeck 2000; Hilbert/Nordhause-Janzen 1998; Beyer/Hilbert/Micheel 1998). Als wesentliche *Triebkräfte der Beschäftigungsentwicklung* im tertiären Sektor werden neben einer hohen Beschäftigungsquote von Frauen, der relativen Einkommensgleichheit bei insgesamt wachsenden Einkommen, der Veränderung der Bedürfnisstrukturen, der demographischen Entwicklung, der Überwindung der Kostenkrankheit von Dienstleistungen (Baumol 1967) durch innovative Arbeits-, Organisations- und Technikeinsatzkonzepte, vor allem auch die *Qualifizierung und Professionalisierung von Dienstleistungstätigkeiten* benannt (vgl. Bosch/Wagner 2003; Stiller/Bitzer 1998: 24). Die gesellschaftliche Verfügbarkeit *qualifizierter Dienstleistungen* (Hilbert/Naegele 1999) wird aus dieser Perspektive zum Dreh- und Angelpunkt der zukünftigen Entwicklung der Dienstleistungsökonomie.

---

<sup>3</sup> Dienstleistungstheoretiker unterscheiden im Wesentlichen folgende alternative Entwicklungspfade: Das schwedische Modell des integrierten Sozialstaats (als Gesellschaft des öffentlichen Dienstes mit einem großen Anteil öffentlicher Beschäftigung und hoher Frauenerwerbsquote), das US-amerikanische Modell der Dienstbotengesellschaft (neue Polarisierungen der Beschäftigungs- und Einkommensstruktur, beide Geschlechter gleichermaßen betreffend) sowie das bundesdeutsche Modell des desintegrierten Sozialstaats (Dienstleistungsgesellschaft auf unterentwickelter Stufe, gestützt auf ein Geschlechterverhältnis mit typischer Organisation der Haushaltsarbeit und Niedriglohnbeschäftigung der Frauen im Dienstleistungsbereich) (vgl. Häußermann/Siebel 1995: 60ff.). Einen aktuellen Überblick zur Rolle des Wohlfahrtsstaates in der Entwicklung unterschiedlicher Dienstleistungssektoren und der Dienstleistungsbeschäftigung bietet auch Kemmerling (2003).

<sup>4</sup> So argumentiert BAETHGE in diesem Zusammenhang, dass das Beschäftigungsproblem in der Bundesrepublik durch eine Ausweitung der Dienstleistungsbeschäftigung nur dann gelöst werden kann, wenn der Industrialismus als prägende ökonomische Orientierung, gesellschaftliches Konzept und institutionelles Gefüge der Organisation von Arbeit überwunden wird (vgl. Baethge 2001). Baethge verweist damit auf den wichtigen Umstand, dass derzeit noch ein „Nebeneinander“ traditioneller Industrie- und moderner Dienstleistungsorientierungen vorzufinden ist. Fragestellungen, die sich mit dem Entwicklungsstand der Dienstleistungsgesellschaft auseinandersetzen, hätten aus dieser Perspektive immer auch das *Verhältnis von Industrie- und Dienstleistungsgesellschaft* zu thematisieren.

## **2.2 Und der Rest ist Dienstleistung? – Dienstleistungen zwischen sozialstatistischer Klassifizierung und soziologisch-funktionaler Abgrenzung**

HÄUßERMANN und SIEBEL äußerten den Verdacht, dass Dienstleistungen nur allzu häufig als eine „(...) geräumige Schublade, in der alles untergebracht wird, was nicht Landwirtschaft und Industrie ist.“ (Häußermann/Siebel 1995: 148) bezeichnet werden. So verwundert es nicht, dass die Einordnung und Abgrenzung von Dienstleistungen im *gesamtwirtschaftlichen Kontext* in der einschlägigen Literatur einem breiten Spektrum an differenzierten Klassifizierungs-, Abgrenzungs- und sozialstatistischen Messkonzepten folgt. Eine *genuine Definition* und *Abgrenzung* des Terminus „Dienstleistung“ gegenüber industriellen Gütern lässt sich allerdings bis heute in keinem Lehrbuch abschließend finden. Und damit der Verwirrung nicht genug: Unter dem Dienstleistungsbegriff selbst subsumiert sich eine ganze Bandbreite heterogener Dienstleistungstätigkeiten: Die Pflege eines kranken Menschen ist zunächst kaum gleichzusetzen mit der Arbeit eines Bankangestellten – oder etwa doch? Die grundlegende Fragestellung dieses Kapitels lautet somit: Welches sind eigentlich die *konstituierenden Merkmale* von Dienstleistungen und welche Rückschlüsse lassen sich hieraus für die Qualifizierungsdebatte ziehen? Darüber hinaus gilt das besondere Interesse der Frage nach der *funktionalen Bestimmung von Dienstleistungen* im gesellschaftlichen und gesamtwirtschaftlichen Kontext. Da im Zentrum dieser Arbeit vor allem die personenbezogenen Dienstleistungen im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft stehen (siehe Kapitel 3.3), erscheint es gerechtfertigt ihnen auch in diesem Kapitel eine prominente Rolle zuzusprechen. Die existierenden Zugänge abschließend zu diskutieren und auf ihre „Tauglichkeit“ hin zu überprüfen, würde den Rahmen dieser Arbeit allerdings deutlich sprengen. Infolgedessen wird im Weiteren lediglich ein selektiver Überblick über den Stand der Diskussion gegeben.

### **2.2.1 Zur statistischen Erfassung von Dienstleistungen und Dienstleistungsbeschäftigung**

Messobjekte zur Quantifizierung des Dienstleistungsanteils einer Volkswirtschaft können sowohl Dienstleistungsunternehmen, Dienstleistungsbeschäftigung sowie Dienstleistungsgüter sein (vgl. Mehnert/Schäfer 1998: 26). In einem sehr breiten Verständnis kann grundsätzlich jedweder Arbeitseinsatz der Sache nach zunächst als Dienstleistung interpretiert werden. Der Arbeitsmarkt stellt in diesem Verständnis dann den Markt für den *Dienstleistungs-Input* dar. Zum Abgrenzungskriterium wird nun die *Output-Seite*: Wo sich der Input von Dienstleistungen (als geleistete Arbeit) in einen spezifischen Output von Dienstleistungen transformiert, besteht das Angebot der Unternehmen selbst in einer Dienstleistung (vgl. Helmstädter 2002: 120). Es lassen

sich anhand der Literatur verschiedene *Indikatoren* und *Messkonzepte* darstellen, welche geeignet sind die nominale Bedeutung von Dienstleistungsbeschäftigung in einer Volkswirtschaft abzubilden (siehe Tabelle 2).

**Tabelle 2: Indikatoren der Dienstleistungsbeschäftigung**

Analysedimension	Beschäftigung nach Köpfen	Beschäftigung nach Arbeitsvolumen
Sektoral	(1) Anteil der Beschäftigten im Dienstleistungssektor	(2) Anteil des Arbeitsvolumens im Dienstleistungssektor
Funktional	(3) Anteil der Beschäftigten in Dienstleistungstätigkeiten	(4) Anteil des Arbeitsvolumens in den Dienstleistungstätigkeiten
Niveau	(5) Beschäftigte im Dienstleistungssektor in Relation zur Bevölkerung im Erwerbsalter (6) Beschäftigte in Dienstleistungstätigkeiten in Relation zur Bevölkerung im Erwerbsalter	(7) Arbeitsstunden im Dienstleistungssektor in Relation zur Bevölkerung im Erwerbsalter (8) Arbeitsstunden in Dienstleistungstätigkeiten in Relation zur Bevölkerung im Erwerbsalter

Quelle: Bosch/Wagner 2002a: 44; eigene Darstellung

Im Rahmen der amtlichen Statistik finden vorwiegend zwei Arten der Abgrenzung und Erfassung von Dienstleistungen Verwendung: Die *sektorale* und die *funktionale Gliederung* (vgl. Häußermann/Siebel 1965: 21f.; Mehnert/Schäfer 1998: 26). Die *sektorale* Gliederung von Dienstleistungen orientiert sich am *Produktionsergebnis* bzw. am *Absatzmarkt (Output)*. Die Beschäftigten werden in der Folge dem Sektor zugeordnet, dem auch das Endprodukt zugerechnet wird. So würde ein Wissenschaftler, der bei einem großen Automobilhersteller beschäftigt ist und dort nach neuen Wegen der Unfallsicherheit forscht, dem sekundären Sektor zugerechnet werden, da das Endprodukt (das Auto) dem produzierenden Sektor zugerechnet wird. Allerdings offenbart die sektorale Zuordnung von Dienstleistungen hier ihre erhebliche Schwäche: Werden die Forschungs- und Entwicklungsdienstleistungen des besagten Wissenschaftlers aus dem Automobilbetrieb ausgelagert (*Outsourcing*), so erhöht sich zwar der nominelle Anteil der Dienstleistungsproduktion in der Statistik, die reale Dienstleistungsproduktion bleibt jedoch unverändert. Als deutlich brauchbarer erweist sich demgegenüber die *funktionale Meßmethode*: Die Beschäftigten werden hier nach ihrer *tatsächlich ausgeübten Tätigkeit (Input)* dem Dienstleistungssektor zugeordnet.

Das Problem hinsichtlich einer sektoralen oder funktionalen Betrachtung des Dienstleistungssektors manifestiert sich nicht zuletzt in den Debatten um die sog. *Dienstleistungslücke* in Deutschland. Von zahlreichen Autoren wird darauf hingewiesen, dass es sich hierbei mehr um ein statistisches Artefakt denn eine empirische Tatsache handelt. So werden Wirtschaftszweige, die bspw. in den Vereinigten Staaten zum tertiären Sektor zählen, in der Zuordnung des statistischen Bundesamtes dem produzierenden und verarbeitenden Gewerbe zugerechnet (z.B. Autowerkstätten.). Die *These von der*

*Dienstleistungslücke* in Deutschland sei somit bei einer funktionalen Betrachtung nicht länger aufrecht zu halten (vgl. Cornetz/Schäfer 1998; Beyer/Hilbert/Micheel 1998). KLÖS hat darauf hingewiesen, dass allerdings auch die funktionale Messmethode gravierende Nachteile aufweist, da sie sich in erster Linie nur auf die bestehende und nicht auf die *potentielle Beschäftigung* stützt. Die These der Dienstleistungslücke hingegen zielt jedoch gerade auf diese ungenutzten Beschäftigungspotenziale (vgl. Klös 2001: 342). Das vorläufige Fazit lautet an dieser Stelle: Sowohl die sektorale als auch die funktionale Erfassung von Dienstleistungsprodukten bzw. Dienstleistungstätigkeiten ermöglicht die quantitative Abbildung von Dienstleistungen in einer Volkswirtschaft, allerdings erscheinen sie kaum geeignet, die Frage nach den *konstitutiven Merkmalen* von Dienstleistungen hinreichend zu beantworten. Zudem verdeutlicht dieser kurzer Überblick bereits ein grundlegendes Problem in der *vergleichenden Analyse der Dienstleistungsbeschäftigung*: Mit der zugrunde gelegten Analysedimension kann auch die Dienstleistungsbeschäftigung in nicht unerheblichem Maße variieren, so dass sich hier (unerwünschte) Spielräume für abweichende Diagnosen und Interpretationen eröffnen können.

### **2.2.2 Auf der Suche nach den konstitutiven Merkmalen personenbezogener Dienstleistungen**

Ein erster Versuch der konstitutiven Abgrenzung des Dienstleistungssektors ist von FOURASTIÉ vorgelegt worden. Nach der *Drei-Sektoren-Theorie* erfolgt im Laufe der Entwicklung der Produktivkräfte eine Verschiebung der Beschäftigungsschwerpunkte zunächst vom primären zum sekundären und im Weiteren zum tertiären Sektor (*Angebots-hypothese*) sowie eine Verschiebung der Nachfrage hin zu Dienstleistungsgütern (*Nachfragehypothese*) (vgl. Häußermann/Siebel 1995: 27). Neu an Fourastiés Vorstellung war der Ansatz, die Sektoren nicht über die *Endprodukte* zu definieren, sondern anhand *zweier Merkmale*, welche in unmittelbarer Beziehung zueinander stehen: Der *technische Fortschritt* einerseits und die *Höhe der Arbeitsproduktivität* andererseits (vgl. Fourastié 1969: 75). Die Beziehung dieser beiden Merkmale zueinander beschreibt er folgendermaßen: „Der Fortschritt ist also die Steigerung der Schnelligkeit, mit welcher der Mensch die Hindernisse überwindet. Diese Schnelligkeit des menschlichen Handelns lässt sich durch ein bequemes Wort bezeichnen: *Produktivität*.“ (ebd.: 39). Der *technische Fortschritt* wird von ihm als „(...) eine Steigerung des Produktionsvolumens je Rohstoff- oder Arbeitseinheit“ definiert (ebd.: 25). In der Folge grenzt sich der Dienstleistungssektor nun gegenüber dem primären Sektor (mittelmäßig starker technischer Fortschritt und mittlere Produktivitätssteigerung) und sekundärem Sektor (großer technischer Fortschritt und starke Produktivitätssteige-



rung) dadurch ab, dass er in seiner Produktivität durch den technischen Fortschritt nur gering oder gar nicht beeinflusst wird (vgl. ebd.: 74). Hieraus folgert er mit Blick auf die konstitutiven Merkmale von Dienstleistungen: „Die gemeinsame Grundeigenschaft aller tertiären Tätigkeiten besteht in der Gleichartigkeit der Arbeitsproduktivität in allen Ländern.“ (ebd.: 135). Dieses Abgrenzungskriterium der „Gleichartigkeit der Arbeitsproduktivität“ erscheint jedoch auf lange Sicht so wenig tauglich wie wahr. Die Kritik richtet sich vornehmlich auf die folgenden drei Punkte:

- das Fourastiésche Modell lässt grundsätzlich mit der Entwicklung des technischen Fortschritts die Verschiebung der Sektoren im Zeitverlauf zu. Eine *dauerhafte Abgrenzung der Sektoren* anhand der Produktivität ist somit kaum möglich, und dies ist aus sozialstatistischer Perspektive kaum wünschenswert;
- die *ökonomische Dichotomisierung* zwischen produktiver und unproduktiver Arbeit ist für Dienstleistungen vor allem durch modernen Technikeinsatz, Management- und Organisationskonzepte längst nicht mehr aussagekräftig. Der Blick auf den *wertschöpfenden Charakter von Dienstleistungen* im Wirtschaftsprozess wird durch diesen Ansatz völlig verstellt;
- Fourastié generiert durch die von ihm vorgenommene Abgrenzung keine positiv-konstituierenden Merkmale von Dienstleistungen, sondern er beschreibt den tertiären Sektor letztlich als *Residualkategorie*, in welchem die „(...) übrigen Wirtschaftsbereiche mit geringem technischen oder ohne technischen Fortschritt verbleiben“ (ebd.: 74f.).

Residualdefinitionen leiden daran, dass mit „Dienstleistungen“ kein begrifflich geklärter *selbständiger Funktionsbereich* der Gesellschaft bezeichnet wird, sondern lediglich ein sozialstatistisches Einordnungsproblem angezeigt wird (vgl. Berger/Offe 1984: 230). Für eine originär soziologische Einordnung von Dienstleistungen erscheinen die bislang dargestellten Abgrenzungskriterien und Merkmale kaum ausreichend. BADURA und GROSS haben darauf verwiesen, dass es weder eine soziologische Theorie der Dienstleistung, ja nicht einmal den Begriff der Dienstleistung in soziologischen Wörterbüchern gäbe (vgl. Gross/Badura 1977: 368). Vor diesem Hintergrund ist die von BERGER und OFFE vorgelegte *makrosoziologisch-funktionale Definition von Dienstleistungen und des Dienstleistungssektors* umso erwähnenswerter. Die soziologische Gemeinsamkeit aller Dienstleistungen bzw. der Dienstleistungsarbeit besteht ihrer Ansicht nach darin, „(...) daß sie sämtlich mit der Sicherung, Bewahrung, Verteidigung, Überwachung, Gewährleistung usw. der historischen Verkehrsformen und Funktionsbedingungen einer Gesellschaft und ihrer Teilsysteme zu tun haben“ (Berger/Offe 1984: 235).

Dienstleistungsarbeit ist „*Meta-Arbeit*“ oder „*reflexive Arbeit*“ (ebd.) und zielt im Kern nicht darauf Leistungen zu erbringen, sondern vielmehr darauf die *Leistungsbereitschaft* aufrecht zu erhalten (vgl. ebd.: 236). Dienstleistungsarbeiten sind ihrer Funktion nach „*formbeschützende*“ und „*Instand haltende Tätigkeiten*“ und werden weder nach ihrem technisch-stofflichen Charakter, noch als Residualkategorie, sondern gemäß ihrer *Funktion im Prozess der gesellschaftlichen Reproduktion* verortet. Die formbeschützenden Dienstleistungen umfassen dabei nicht nur die Gesamtheit der Tätigkeiten im tertiären Sektor, sondern sie sind als Leistungsbestandteile auch im primären und sekundären Sektor vorzufinden. Insofern stehen formbeschützende Dienstleistungstätigkeiten und herstellende Tätigkeiten in einem Verhältnis der funktionalen *Reziprozität*. Hieran anschlussfähig ist das Verständnis des Dienstleistungswachstums als „*moderne Umwegproduktion*“. Es handelt sich hierbei um einen Entwurf der funktionalen Einordnung der verschiedenen Aktivitäten des Dienstleistungssektors in den gesamten volkswirtschaftlichen Produktionsprozess (vgl. Wolff 1990; Helmstädter 2002). Nach diesem Verständnis steigt der Bedarf an Dienstleistungen, weil Wohlstandssteigerungen in der Gesamtwirtschaft zunehmend davon abhängen,

„(...) daß die Entwicklung und Anwendung neuen Wissens und die Reduktion oder gar Überwindung von politischen und koordinatorischen Reibungsverlusten immer mehr zur betriebs- wie gesamtwirtschaftlichen Voraussetzung für die Zukunft einer Gesellschaft werden, in der die Komplexität und Internationalität der menschlichen und wirtschaftlichen Beziehungen wachsen.“ (Wolff 1990: 63).

Eine besondere funktionale Rolle spielt dabei der Dienstleistungsbereich „*Bildung und Ausbildung*“. Dieser steht nämlich mit der produzierenden Wirtschaft wie auch mit allen übrigen Bereichen des Dienstleistungssektors in *wissensteiliger Verbindung*, insofern er für jede Art von Erwerbstätigkeit die *qualifikatorischen Grundlagen* schafft (vgl. Helmstädter 2002: 135). Wie in Kapitel 4.3 dieser Arbeit noch gezeigt werden wird, ist das System der beruflichen Bildung in der Gesundheitswirtschaft derzeit gerade dadurch gekennzeichnet, dass es seine originäre Funktion der Vermittlung der qualifikatorischen Grundlagen in den Gesundheitsberufen nur bedingt erfüllen kann.

MEHNERT und SCHÄFER legen eine Definition des Dienstleistungsbegriffs vor, die sich vor allem dadurch auszeichnet, dass sie die Dichotomie von Dienstleistungsprodukt und Dienstleistungstätigkeit zu überwinden versucht und die Rolle des Kunden ins Zentrum rückt. Sie definieren Dienstleistungen als „(...) Güter oder Tätigkeiten, bei denen vom Kunden ausgehende externe Faktoren in den Leistungsprozess

in einem solchen Umfang integriert werden, dass der Charakter des Gutes bzw. der Tätigkeit dadurch wesentlich geprägt wird.“ (Mehnert/Schäfer 1998: 19).

**Tabelle 3: Zentrale und korrespondierende Merkmale von Dienstleistungen**

Zentrales Merkmal	Korrespondierende Merkmale
uno-actu-Prinzip	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zeit- und Ortsgebundenheit</li> <li>- Vergänglichkeit</li> <li>- Nichtspeicherbarkeit</li> <li>- Nichttransportierbarkeit</li> </ul>
Integration von externen Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Umfeldabhängigkeit</li> <li>- Synchroner Kontakt zwischen Leistungsersteller und Leistungsnehmer</li> <li>- Keine Vorratsproduktion möglich/ Nichtlagerfähigkeit</li> <li>- Individualität</li> </ul>
Immaterialität	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nichtsichtbarkeit</li> </ul>

Quelle: Mehnert/Schäfer 1998: 12; eigene Darstellung

In der Tabelle 3 sind die zentralen Merkmale von Dienstleistungen zusammengefasst. Hinter der komplex anmutenden Formel der „*Integration von externen Faktoren*“ verbirgt sich der zwar einfache aber dennoch bedeutende Fakt, dass der *Kunde selbst* (Arztbesuch), ein *Objekt des Kunden* (Anlieferung von Arzneimitteln) oder aber das *Wissen des Kunden* (Anfertigung eines medizinischen Gutachtens) in den Prozess der Leistungserstellung mit einbezogen werden. Weitere zentrale Merkmale der Dienstleistungen sind das *uno-actu-Prinzip* (Produktion und Konsumtion der Dienstleistung fallen zusammen) sowie deren *immaterielle Natur*. Diesen zentralen Merkmalen ordnen die Autoren nun daraus abgeleitete, *korrespondierende Merkmale* zu. So ergibt sich etwa aus der Tatsache, dass Dienstleistungen dem uno-actu-Prinzip folgen zunächst die *Zeit und Ortsgebundenheit* (Simultanität) ebenso wie die *Vergänglichkeit* und die *Nichtspeicherbarkeit* von Dienstleistungen. Allerdings ist durch den Einsatz moderner Medien, etwa im Bereich der *Telemedizin* oder des *Home-Learning*, die räumliche und zeitliche Entkoppelung der Dienstleistungskonsumtion und -produktion möglich geworden. Galt das *uno-actu-Prinzip* lange Zeit als die Klammer dessen, was Dienstleistungen im Kern kennzeichnete, so erscheint diese Merkmalszuweisung heute vielfach überholt<sup>5</sup>. Die Rolle des Klienten im Dienstleistungsprozess bleibt dennoch eine besondere. Folgt man der „*Koproduktionsthese*“ (Badura 1995) ist der Klient nicht nur Konsument von Dienstleistungen, sondern er ist *Ko-Akteur* in einer Beziehung. Dies gilt insbesondere für die *personenbezogenen Dienstleistungen*. Im

<sup>5</sup> Scharpf hat bereits Mitte der 80er Jahre darauf hingewiesen, dass die technischen Möglichkeiten das uno-actu-Prinzip außer Kraft setzen können (*Vermittlung von Produktion und Konsum durch Technik*) und sich hierdurch Wege der Rationalisierung von Dienstleistungen ergeben, welche sowohl von Fourastié als auch von Baumol bestritten wurden. Durch die Möglichkeit der Rationalisierung von Dienstleistungen lassen sich wiederum Kostensenkungen realisieren, welche in der Folge dazu beitragen können neue Dienstleistungsmärkte zu erschließen (vgl. Scharpf 1986: 15f.)

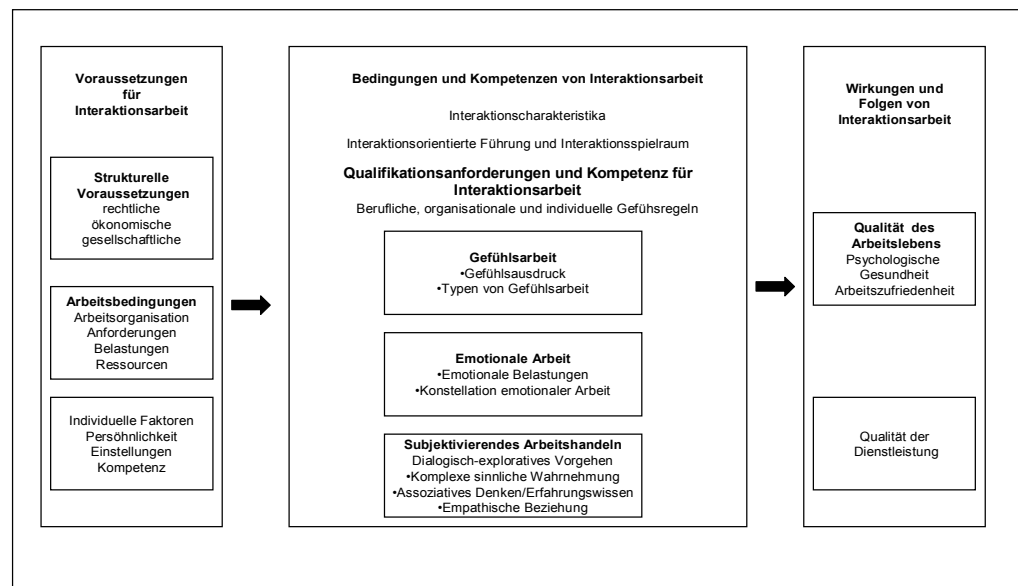
Unterschied zur Produktion industrieller Güter ist hier also die *Interaktion* von unmittelbarer Bedeutung für den Erfolg der Dienstleistungsproduktion. GARTNER und RIESMANN skizzierten bereits die grundlegenden Merkmale personenbezogener Dienstleistungen:

- Personenbezogene Dienstleistungen sind von Natur her „wohl­tätig“, d.h. ihr Ziel ist es, dem Empfänger einen affektiven oder kognitiven Nutzen oder Wohlbefinden zu verschaffen (vgl. Gartner/Riessman 1978: 51);
- Personenbezogene Dienstleistungen verleihen dem Konsumenten Macht und besitzen somit grundsätzlich ein emanzipatorisches Potential (vgl. ebd.: 105f.). Einschränkung sollte an dieser Stelle erwähnt werden, dass personenbezogene Dienstleistungen auch in Notfällen nachgefragt werden (z.B. Ärztliche Hilfe), so dass die Konsumentensouveränität aufgrund der eingeschränkten Wahlmöglichkeiten dann wohl eher die Ausnahme bildet.
- Personenbezogene Dienstleistungen leisten in der Hauptsache „*Beziehungsarbeit*“ und sind somit im interpersonellen Bereich angesiedelt. Die Kommunikation und Kooperation im direkten Umgang zwischen Dienstleister und Klient steht im Vordergrund.

Personenbezogene Dienstleistungen haben vorwiegend *Prozesscharakter* und sind aufgrund der Koproduktion zunächst nur begrenzt *standardisierbar* und von *nicht vorhersehbaren Anforderungen* abhängig. Arbeit im Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen kann somit als *Arbeit mit einem hohen Maß an Ungewissheit* charakterisiert werden (vgl. Bauer 2001: 76). Im Sinne von technischen Regeln ist zudem a priori nicht eindeutig zu klären, welches Wissen, welches Handeln und welche Arbeitsbedingungen für die Herbeiführung eines angestrebten Ergebnisses richtig, angemessen und erfolgreich sind. Neuere organisatorische Ansätze, wie etwa die Einführung klinischer Behandlungspfade (*clinical pathways*) in Krankenhäusern, versuchen jedoch gerade den Behandlungsprozess mit Blick auf die Verbesserung der Dienstleistungsqualität und die Kosteneffizienz so weit es geht zu standardisieren. Der In- und Output der Dienstleistungsarbeit – so betonen einige Autoren – ist kaum ökonomisch zu erfassen und zu definieren (vgl. Rabe-Kleberg 1994). Mehr noch: Vor allem den personenbezogenen Dienstleistungen im Sozial- und Gesundheitswesen sei geradezu gemeinsam, dass sie sich durch ihren *interaktiven* und *emotional-empathischen* Charakter von der ökonomischen Rationalität der übrigen Gesellschaft abgrenzen. Im Zuge der Modernisierung personenbezogener Dienstleistungen (siehe Kapitel 2.4.2) sind diese Paradigmen vielfach nicht mehr aufrechtzuhalten bzw. müssen relativiert werden. Vielmehr geht es darum, im Prozess der Leistungserbringung die

Balance zu halten zwischen den ökonomischen Erfordernissen des Unternehmens einerseits und den individuellen, kundenbezogenen Bedürfnissen andererseits. Entscheidend für die Erbringung personenbezogener Dienstleistungen ist die durch Vertrauen gekennzeichnete Solidaritätsbeziehung zwischen Dienstleistungserbringer und dem Klienten<sup>6</sup>. Fest steht: Die *Interaktionsarbeit* wird zur eigentlichen Kernaufgabe personenbezogener Dienstleistungen (vgl. Büssing/Glaser 2003: 132).

**Abbildung 3: Konzept der Interaktionsarbeit nach Büssing/Glaser**



Quelle: Büssing/Glaser 2003: 140; eigene Darstellung.

Im *Konzept der Interaktionsarbeit* (siehe Abbildung 3) werden die potenziellen Wirkungen und Folgen der Dienstleistungsarbeit relativ breit gefasst und in zwei Bündel von Indikatoren gegliedert: Sowohl anhand Kriterien der *Qualität des Arbeitslebens*<sup>7</sup> der Dienstleister (z.B. Untersuchungen zur Arbeitszufriedenheit, zur psychophysischen Belastung oder zum Absentismus) als auch an Kriterien der *Qualität der Dienstleistung* (z.B. Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit, zur Lebensqualität sowie zur Qualität der Behandlung und Vorsorge), können die Wirkungen der Dienstleistungsarbeit gemessen werden. Zwar wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass die Messung und somit auch die Beurteilung der Dienstleistungsqualität alles andere als eine (methodisch) simple Angelegenheit ist; weder existiert ein eindeutiger Quali-

<sup>6</sup> Nach PARSONS ist dieses Dienstideal auch notwendig, weil die spezifischen Problemlagen der Klienten mit einer hohen Verletzlichkeit und Hilfsbedürftigkeit einhergehen, die unter Machtgesetzen zu einer nicht akzeptablen Ausbeutung der Klienten führen würde (vgl. Hartmann 2000: 207).

<sup>7</sup> Untersuchungen zur Qualität des Arbeitslebens richten ihren Blick auf die Mitarbeiter einer Organisation und auf die Bedingungen, Wirkungen und Folgen ihrer Arbeit. Grundlage hierfür ist das Konzept soziotechnischer Systeme, welches in Skandinavien unter dem Stichwort der „industriellen Demokratie“ und im nordamerikanischen Raum vorwiegend unter dem Begriff der „Quality of working life“ diskutiert wurde. Bereits in den 1970er Jahren wurden entsprechende Konzepte auch in Deutschland im Kontext der HDA-Debatte (Humanisierung des Arbeitslebens) verfolgt. Neuerdings erfahren Ansätze zur Qualität des Arbeitslebens sowohl eine Renaissance als auch eine inhaltliche Erweiterung, wie sich an den Debatten zur „Work-Life Balance“ nachvollziehen lässt.

tätsbegriff noch herrscht Einigkeit darüber, wie Dienstleistungsqualität letztlich operationalisiert und mit welchen Instrumenten adäquat gemessen werden kann (vgl. Haller 1995: 89f.). Gleichwohl liefert das Konzept der Interaktionsarbeit einen analytischen Rahmen der es erlaubt, personenbezogene Dienstleistungsarbeit auf ihre strukturellen Voraussetzungen und ihre Folgen sowohl für die Beschäftigten als auch für die Kunden hin zu analysieren und zu bewerten.

Als eine wesentliche Bedingung für die Funktionsgewährleistung professioneller Interaktionsarbeit verweist das Konzept auf die *Anforderungen an die Qualifikation und Kompetenz der Beschäftigten*. Die qualifikatorischen Voraussetzungen (Wissen, Fähigkeiten und Einstellungen) der Dienstleistungsproduzenten werden in der fachlichen Ausbildung sowie im Laufe der beruflichen Sozialisation erworben und haben, wie aus dem Konzept hervorgeht, unmittelbaren Einfluss auf das Gelingen der Dienstleistungsproduktion (vgl. Bauer 2001: 78). Zu den *strukturellen Voraussetzungen der Interaktionsarbeit* zählen sowohl rechtliche als auch ökonomische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen. Diese unterliegen derzeit nicht nur einem nachhaltigen Wandel, sondern sie beeinflussen – wie im Rahmen dieser Arbeit gezeigt werden soll – auch die notwendigen qualifikatorischen Komponenten der Dienstleistungsarbeit. Neben den strukturellen Voraussetzungen sind es auch die *Arbeitsbedingungen* und *Persönlichkeitsmerkmale der Dienstleistungsproduzenten*, welche die Qualität der Interaktionsarbeit beeinflussen. Projekte zur Humanisierung und Qualität des Arbeitslebens spielen vor allem in Krankenhäusern und Altenhilfeeinrichtungen bislang jedoch leider kaum eine Rolle, und dies obwohl hier dringende Handlungsbedarfe aufgezeigt werden können (siehe Kapitel 3.6.2). Die Fragestellung dieser Arbeit zielt im Kontext des Modells zunächst also auf die Erfassung der Auswirkungen veränderter struktureller Voraussetzungen personenbezogener Dienstleistungsarbeit auf die Qualifikationsanforderungen (siehe Kapitel 4.1), und somit auf die (Ausgangs-)Bedingungen von Interaktionsarbeit in der Gesundheitswirtschaft.

Das von Büssing/Glaser vorgelegte Modell beinhaltet allerdings auch konzeptionelle Schwächen. Der Zusammenhang zwischen den Voraussetzungen, den Bedingungen und Komponenten der Interaktionsarbeit sowie deren Folgen wird als einfaches *Ursache-Wirkungs-Schema* dargestellt und interpretiert. Faktisch handelt es sich hierbei jedoch um *einen interdependenten Wirkungszusammenhang*: So liefern bspw. erst bestimmte Kompetenzen und Qualifikationen der Beschäftigten die Grundlage für eine Verbesserung der Arbeitsorganisation, welche im Gegenzug die Zufriedenheit der Mitarbeiter und somit auch die Qualität der Dienstleistung positiv beeinflussen kann. Die Qualität der Dienstleistung kann des Weiteren wiederum die persönliche Einstellung

gegenüber der Dienstleistungsarbeit in nicht unerheblichem Maße prägen. Anforderungen und Belastungen können je nach individueller Arbeitszufriedenheit von den Betroffenen recht unterschiedlich wahrgenommen und somit in der konkreten Dienstleistungserbringung wirksam werden. Die dargestellten konstitutiven Merkmale personenbezogener Dienstleistungen verweisen in der Summe auf folgende Schlussfolgerungen, welche für die weitere Arbeit von zentraler Bedeutung sein werden: Die menschliche Arbeit ist – mehr noch als in modernen, anthropozentrischen industriellen Produktionen – integraler Bestandteil des Produktionsprozesses von Dienstleistungen: Dienstleistungsqualität, die Qualität der Dienstleistungsarbeit und Arbeitsqualität sind aus dieser Perspektive untrennbar miteinander verbunden. Die Wirkungen zwischen diesen Ebenen lassen sich nicht im Sinne eines einfachen Ursache-Wirkungs-Zusammenhangs interpretieren, sondern die Ebenen beeinflussen sich wechselseitig. Zu den wesentlichen Parametern professionellen Dienstleistungshandelns, der Dienstleistungsqualität sowie der Arbeitsqualität gehören maßgeblich die Qualifikation und die Kompetenzen der Beschäftigten. So verwundert es nicht, dass die Debatten um die Entwicklung der Dienstleistungsgesellschaft parallel auch als Diskussionen um die Qualifizierung *für* die Dienstleistungsgesellschaft geführt wurden und werden. Wenn auch – wie im Rahmen dieser Arbeit noch gezeigt werden wird – mit bislang mäßigem Erfolg im Bereich personenbezogener Dienstleistungen allgemein, und insbesondere in den Kernberufen der Gesundheitswirtschaft.

### **2.3 Entwicklung der Dienstleistungsgesellschaft und Qualifizierung *für* die Dienstleistungsgesellschaft – Früher und Heute zwei Seiten einer Medaille!**

Die Theoretiker der Dienstleistungsgesellschaft entwarfen Visionen darüber, in welchen Wirtschaftsbereichen die Zukunft der Arbeit liegen wird und unter welchen Bedingungen wir arbeiten werden. Die Dienstleistungstheorie liefert insofern Anknüpfungspunkte sowohl für eine *ökonomisch-orientierte Dienstleistungsdebatte*, welche sich primär mit Fragen um die Triebkräfte und die Grenzen der Expansion von Dienstleistungen als ökonomischem Gut befassen (vgl. Häußermann/Siebel 1995: 134; Delaunay/Gadrey 1992) als auch für eine *soziologisch-orientierte Dienstleistungsdebatte*, welche stärker auf die gesellschaftlichen Konsequenzen die sich aus einem Wandel der Tätigkeitsstrukturen ergeben, fokussiert. In ihren Ausführungen stützen insbesondere JEAN FOURASTIÉ und DANIEL BELL ihre Vorstellung gesellschaftlichen Wandels auf zwei Säulen, welche auch im Weiteren den Gang dieser Arbeit bestimmen werden: Dem Ausbau der *personenbezogenen Dienstleistungen* einerseits (siehe Kapitel 2.4) und der zunehmenden Bedeutung „geistiger Arbeit“ oder „Wissens-

arbeit“ (Willke 1998) andererseits. Die enge Verknüpfung der Entwicklung der Dienstleistungsgesellschaft mit dem Wandel der qualifikatorischen Grundlagen der Arbeit, steht im Mittelpunkt dieses Kapitels. Dabei wird aufgezeigt werden, dass beide Komponenten stets als zwei Seiten einer Medaille und nicht unabhängig voneinander diskutiert wurden.

FOURASTIÉ betont insbesondere die *Komplementarität* industrieller und geistiger Arbeit (vgl. FOURASTIÉ 1969: 246). Er beschreibt sowohl das Heraufkommen der Dienstleistungsgesellschaft, wie auch (implizit) die Ablösung der Industrie- durch die Wissensgesellschaft. Der technische Fortschritt, ursächlich für den Anstieg der Produktivität der menschlichen Arbeit, ist dabei die Triebkraft und Grundlage jeglicher wirtschaftlicher und sozialer Weiterentwicklung (vgl. ebd.: 25). Nach Fourastié hat technischer Fortschritt seinen Ursprung wesentlich in der *wissenschaftlichen Arbeit* und seine Umsetzung erfordert gedankliche Vorbereitung, Organisation und Planung. Technischer Fortschritt ist somit in der Konsequenz das Ergebnis „wissenschaftlichen Fortschritts“ (ebd.: 38). Um die Herstellung von Gütern gruppieren sich *wissensintensive Dienstleistungen*: Es entsteht ein *kollektiver Hunger nach Tertiärem* (ebd.: 245), der vor allem die Nachfrage nach *primären und sekundären Dienstleistungstätigkeiten* wie Handels-, Büro-, Forschungs- und Entwicklungstätigkeiten sowie die Arbeit im Bereich Organisation und Management nachhaltig anwachsen lässt. *Wissen* wird aus ökonomischer Perspektive zum vierten *Produktionsfaktor*. STEHR bezeichnet Wissen als die *Fähigkeit zum sozialen Handeln* und definiert damit ein *Handlungspotential* (vgl. Stehr 2001: 8). Die Umsetzung von Wissen in konkretes Handeln ist wiederum als ein separater Prozess zu verstehen, der grundsätzlich mit der Wissensverarbeitung nicht gleich gesetzt werden kann. Es ließe sich eine ganze Bandbreite von Vorstellungen darüber aufzeigen, wie eine *Wissensbasis* aufgebaut sein kann. Die gängigste Unterscheidung ist jedoch die zwischen *explizitem*, d.h. artikuliertem und kodifiziertem Wissen einerseits, und *implizitem* (persönlich, kontextgebunden und schwer kommunizierbar) Wissen andererseits (Polanyi 1985). Die neue Qualität der steigenden Wissensintensität von Arbeit liegt nun darin, dass Wissen – zunächst in Gestalt von Fachwissen – infolge der Beschleunigung von Innovationen immer schneller veraltet (vgl. Baethge 2001: 87f.). Die besonderen Eigenschaften des Wissens liegen darin, dass:

- im Rahmen eines Tauschprozesses die Verfügungsgewalt über das Wissen erhalten bleibt;
- dem Wachstum des Wissens zunächst keine Grenzen gesetzt sind, d.h. Wissen besitzt keine Nullsummeneigenschaften;



- Wissen ein Positivsummenspiel repräsentiert;
- das soziale Kapital des Wissens kontextabhängig ist und somit keine konstante Größe darstellt (nicht in jeder Situation kann das vorhandene Wissen sinnvoll eingesetzt werden). Dies bedeutet auch, dass sich verändernde Kontexte herkömmliche Wissensbestände entwerten können und „neues“ Wissen notwendig werden lässt;
- Wissen ein Gemeingut ist, z.B. dessen Vermittlung im Rahmen der Aus- und Weiterbildung. (vgl. Stehr 2001: 9)

Mit dem Aufkommen der Dienstleistungsgesellschaft vergrößert sich nach FOURASTIÉ nun die Zahl der Tätigkeiten die *wissensfundierte Arbeit* erfordern, während die Zahl der Arbeitsplätze, denen gering-kognitive Tätigkeiten zugrunde liegen, zurückgedrängt werden. FOURASTIÉ verweist darauf „(...) dass der Bildungsgrad, das Ausbildungsniveau und der Stand der wissenschaftlichen und technischen Kenntnisse sowie die Einstellung von Arbeitern, Werksmeistern, Ingenieuren und Betriebsleitern von großer Bedeutung für die Arbeitsproduktivität sind.“ (Fourastié 1969: 69). Damit werden „Wissen und Qualifizierung“ zur zentralen Entwicklungsvoraussetzung auf dem Weg in die Dienstleistungsgesellschaft. Verbunden mit der Ausweitung geistiger Arbeit waren zudem die Hoffnungen auf eine durchgängige Tendenz der *Anhebung und Verbesserungen des Qualifikationsniveaus im Zeitverlauf*.

DANIEL BELL kennzeichnet ‚seine‘ *postindustrielle Gesellschaft* demgegenüber explizit als *Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft* (Bell 1985 [1975]: 219). Nicht Muskelkraft oder Energie, sondern Informationen werden zum entscheidenden Produktionsfaktor. Nicht mehr die Arbeit als Kampf gegen die Natur (zur Abgrenzung des Begriffs der „Arbeit“ siehe Kapitel 4.3.2.), sondern das *Zusammenspiel von Personen* kennzeichnet die postindustrielle Gesellschaft. Im Zuge des Ausbaus der Dienstleistungswirtschaft kommt es zu einem Wachstum vor allem des Gesundheitswesens, des Bildungssektors, aber auch der Freizeitindustrie und der Forschung sowie des Handels und des Finanzwesens (vgl. ebd.: 32). *Gesellschaftliche Innovationen* werden einerseits zunehmend von *Forschung und Entwicklung* getragen. Andererseits legt die Gesellschaft, gemessen an den Aufwendungen für Bildung und Ausbildung in Prozent des Bruttoinlandproduktes (BIP), zunehmend mehr Gewicht auf das Wissen und die Qualifikation der Beschäftigten. Die Postindustrielle Gesellschaft nach Bell lässt sich anhand folgender fünf Dimensionen beschreiben (vgl. ebd.: 32):

- *Wirtschaftlicher Sektor*: In der Wirtschaft dominieren die Dienstleistungen gegenüber den Gütern oder, wie FOURASTIÉ es beschrieb, es kommt zur „(...) Eroberung der Wirtschaft durch den tertiären Sektor.“ (Fourastié 1969: 225);
- *Berufsstruktur*: Im Beschäftigungssystem dominiert eine Klasse professionalisierter und technisch qualifizierter Berufe;
- *Axiales Prinzip*: Theoretisches Wissen ist das „axiale Prinzip“ der postindustriellen Gesellschaft; es ist die Quelle von technischen, politischen und sozialen Innovationen;
- *Zukunftsorientierung*: Der technische Fortschritt ist lenkbar geworden;
- *Entscheidungsbildung*: Gesellschaftliche Entwicklung selbst wird zum Gegenstand einer neuen intellektuellen Technologie.

Das Konzept der nachindustriellen Dienstleistungsgesellschaft ist primär als Versuch zu verstehen, einen grundlegenden Wandel in Wirtschaft, Technologie und sozialer Schichtung zu beschreiben und zu erklären. Das *Bildungssystem* erhält in Bells Wissensgesellschaft einen herausragenden Stellenwert und die Hauptressource der gesellschaftlichen Entwicklung ist das ausgebildete Personal und dessen Humankapital (vgl. ebd.: 119). GIDDENS hat darauf hingewiesen, dass der Terminus des „Dienstleistungsberufs“ bei Bell in einem viel breiteren Sinn als eigentlich üblich verwendet wird. Bell verwendet den „Dienstleistungsberuf“ als Globalkategorie, in welcher Dienstleistungsberufe und wissensabhängige Tätigkeiten zunächst gleichgesetzt werden (vgl. Eickelpasch/Rademacher 1997: 210). Insbesondere die Kernberufe der Gesundheitswirtschaft (z.B. Alten- und Krankenpfleger/innen, Ärzte/-in, Apotheker/-in) sind *personenbezogene und wissensintensive Dienstleistungsberufe* zugleich.

BELL formuliert die These von der ‚*Zentralität theoretischen Wissens als Quelle der Innovation*‘ (vgl. ebd.: 32). Insofern ist es nicht das Wissen schlechthin, welches nach BELL die postindustrielle Gesellschaft prägt, sondern eben das wissenschaftlich - theoretische Wissen. Zwar hatten sowohl Bell als auch FOURASTIÉ in ihren Ausführungen zur Entwicklung der Dienstleistungsgesellschaft primär die technischen und akademischen Berufe im Blick, so besteht ihre Leistung dennoch darin, frühzeitig auf die Herausforderungen des „*doppelten Strukturwandels*“ aufmerksam gemacht zu haben. Die Begriffe der Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft liefern insofern zunächst unterschiedliche, sich jedoch ergänzende soziologische Gegenwartsdiagnosen

im Rahmen der funktional-differenzierten Gesellschaft<sup>8</sup>. Die Kritik gegenüber BELLS Entwurf der Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft richtet sich weniger gegen die von ihm beschriebenen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Trends, sondern wirft die Frage auf, ob es sich hierbei tatsächlich um eine *gesellschaftliche Transformation*, oder nicht vielmehr um eine Vertiefung von bereits länger vorhandenen gesamtgesellschaftlichen Prozessen bzw. den Übergang zu einer neuen Entwicklungsphase der Industriegesellschaft und im Weiteren der Dienstleistungsgesellschaft handelt (vgl. Eickelpasch/Rademacher 1997: 220). In dieser Lesart wäre die Wissensgesellschaft dann als Spätform der Dienstleistungsgesellschaft zu interpretieren. An diesem Punkt des *Verhältnisses von Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft* sind derzeit jedoch noch viele Fragen offen.

Nicht nur die Klassiker der Dienstleistungstheorie haben auf die gegenseitige Bedingtheit des Ausbaus der Dienstleistungsgesellschaft und des Wandels der qualifikatorischen Grundlagen hingewiesen. So formulierte WEISS in seinen 12 *Thesen auf dem Weg zur Dienstleistungsgesellschaft*: Dienstleistungstätigkeiten zeichnen sich durch anspruchsvolle Qualifikationsprofile aus, allerdings komme das auf den Kunden bezogene Dienstleistungsdenken in vielen Ausbildungsverordnungen nicht vor (vgl. Weiss 1997: 14). Dies ist umso bedauerlicher, da sich Dienstleistungsberufe vor allem auf die Entwicklung *kundenspezifischer Problemlösungen* konzentrieren müssen (vgl. ebd.: 23). Folgerichtig kommt der Autor zu der Aussage, dass die *Aus- und (Anpassungs-)Weiterbildung* im Zuge der Entwicklung der Dienstleistungsgesellschaft eine herausragende Bedeutung einnimmt (vgl. ebd.: 32). Noch pointierter formulieren es HILBERT/SCHARFENORTH (1998) in ihrem Aufsatz zu den Perspektiven der Ausbildung im Dienstleistungssektor. Mit Blick auf die „Zukunft der Erwerbsarbeit“ (Bosch 1998) betonen die Autoren:

„Wer die Zukunft der Arbeit thematisiert, kommt an zwei Schlüsselbegriffen nicht vorbei – Dienstleistungen und Qualifizierung. Die gemeinsame Schnittmenge der mit diesen Begriffen verbundenen Zukunftsdebatten wird häufig auch mit der These beschrieben: Entscheidend für einen erfolgreichen Weg in die Dienstleistungsgesellschaft ist, die Aus- und Weiterbildung für Dienstleistungsberufe und –tätigkeiten qualitativ zu verbessern und quantitativ auszubauen.“ (Hilbert/Scharfenorth 1998: 436)

---

<sup>8</sup> Auf eine nähere Erläuterung und theoretische Grundlegung der funktional-differenzierten Gesellschaft wird an dieser Stelle verzichtet. Zur genaueren Lektüre siehe u.a. Kneer/Nollmann 1997; Schimank 1996.

Im Rahmen ihrer Bestandsaufnahme kommen die Autoren jedoch zu dem Ergebnis, dass das System der beruflichen Bildung auf die veränderten Rahmenbedingungen der Dienstleistungsgesellschaft nur unzureichend eingestellt ist. Ob und inwieweit diese These auch für die Gesundheitswirtschaft heute noch haltbar ist, wird in dieser Arbeit noch näher zu untersuchen sein. Am größten erscheinen die Probleme und Gestaltungsbedarfe der beruflichen Bildung für den Dienstleistungssektor gerade im Bereich der personenbezogenen Dienste, der sich vor allem in den letzten Jahren als ein hoffnungsvolles Such- und Gestaltungsfeld für Lebensqualität, Beschäftigung und Innovation etabliert hat.

## **2.4 Personenbezogene Dienstleistungen – Ein Suchfeld für Lebensqualität, Beschäftigung und Innovation**

Angesichts der wachsenden Beschäftigungsprobleme in den meisten europäischen Arbeitsmärkten ruhen die Hoffnungen für die wirtschaftliche Entwicklung und einer notwendigen Belebung des Arbeitsmarktes vor allem auf dem Ausbau der personenbezogenen Dienstleistungen. Zwar ist mittlerweile unstrittig, dass die personen- und haushaltsbezogenen Dienste<sup>9</sup> hoffnungsvolle Suchfelder für die Zukunft der Arbeit sind (Büssing 1999; Weinkopf 1999; Beyer et al. 2003). Dies lässt sich sowohl für Szenarien auf europäischer Ebene (vgl. Schneider 2002) als auch für den deutschsprachigen Raum, ebenso wie für politische Programmatiken (vgl. Regierungserklärung des Bundeskanzlers Gerhard Schröder 1998) und einschlägige Forschungsprogramme und Expertenkreise („Dienstleistungsbeschäftigung im 21. Jahrhundert“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung) konstatieren. Allerdings präsentieren sich die personenbezogenen Dienstleistungen nicht selten noch als „expandierender Arbeitsmarkt mit sieben Siegeln“ (Krüger 1999). Begriffliche und statistische Unschärfen, eine ungenügende geschlechtspezifische Differenzierung in der Diskussion um diesen Dienstleistungsarbeitsmarkt sowie bislang nicht eingelöste Reformen der Berufsbildungspolitik und Innovationsblockaden, werden derzeit als Ursachen für die unzureichende Realisierung von Beschäftigungsmöglichkeiten in den personenbezogenen Dienstleistungen benannt (vgl. Karsten 2000; Becker 2000).

Die personenbezogenen Dienstleistungen weisen insgesamt eine *hohe Intransparenz* bei den Berufs-, Arbeits- und Tätigkeitsbezeichnungen auf und bezeichnen grundsätzlich keine homogene wirtschaftsstatistische Kategorie. Vielmehr lassen sich hierunter

---

<sup>9</sup> Die Kategorie der haushaltsbezogenen Dienstleistungen wird in der Literatur nicht einheitlich verwendet. In Abgrenzung zu den unternehmensbezogenen Dienstleistungen werden jene Dienstleistungen die von Privatpersonen nachgefragt werden, entweder als haushalts- oder als personenbezogene Dienstleistungen zusammengefasst.

diejenigen Berufe und Tätigkeiten subsumieren, welche sich direkt auf Menschen als Endverbraucher beziehen und deren psychische, physische und soziale Situation betreffen (vgl. Rabe-Kleberg 1994): Pflege-, Betreuungs-, Erziehungs-, Bildungsebenso wie Sport- und Gesundheitsdienste werden hier angesprochen. Vor allem das Berufsfeld<sup>10</sup> „Gesundheits- und Sozialwesen“ ist überwiegend von den personenbezogenen Dienstleistungen geprägt.

**Tabelle 4: Entwicklung der Erwerbstätigen nach Haupttätigkeitsgruppen 1995-2010 (Angaben in Prozent)**

	Deutschland (gesamt)		
	1995	2000	2010
<b>Produktionsorientierte Dienstleistungstätigkeiten</b>			
Maschinen einrichten/einstellen	7,2	6,6	6,0
Gewinnen/Herstellen	16,9	14,9	12,7
Reparieren	6,6	6,1	5,3
<b>Primäre Dienstleistungstätigkeiten</b>			
Handeltätigkeiten	11,4	12,0	13,5
Bürotätigkeiten	17,4	18,0	17,7
Allgemeine Dienste	14,2	13,6	13,2
<b>Sekundäre Dienstleistungstätigkeiten</b>			
Forschungs-/Entwicklungstätigkeiten	5,0	5,2	5,5
Organisation und Management	6,7	7,3	8,4
Betreuen, Beraten, Lehren u.ä.	14,6	16,2	17,7

Quelle: Weidig/Hofer/Wolff 1999: 39; eigene Darstellung

Für den Gesamtbereich der personenbezogenen Dienstleistungsarbeit reichen die Beschäftigungsprognosen von mindestens 800.000 (Zukunftskommission Bayern/Sachsen 1997) bis zu 2,8 Mio. Arbeitsplätzen (iwd 1997). Vor allem von den sekundären Dienstleistungstätigkeiten – allen voran Tätigkeiten wie „Betreuen, Beraten, Lehren u.ä.“ – werden zukünftig wie Tabelle 4 ausweist, deutliche Zugewinne erwartet werden können. Die Dynamik der Marktentwicklung personenbezogener Dienstleistungen in der Vergangenheit sowie die berechtigte Hoffnung auf einen weiteren Ausbau dieses Dienstleistungssegments, lassen sich im Wesentlichen auf die folgenden nachfrage- und angebotsinduzierten Triebkräfte zurückführen (vgl. Beyer et al. 2003; Beyer/Hilbert/Micheel 1998: 89f.):

<sup>10</sup> Berufsfelder bezeichnen die allgemeinste Ebene einer beschreibenden Ordnungssystematik. In der Berufssoziologie wie auch in der Berufsbildungsforschung, werden „Berufsfelder“ genutzt, um Berufsgruppen und einzelne Berufe bzw. Berufsabschlüsse, die sich in ihren Qualifikationsspektren, beruflichen Tätigkeiten und Arbeitsanforderungen berühren, zusammenzufassen und gegenüber anderen Berufsfeldern abzugrenzen. Grundlage und Maßstabe der Zuordnung von Berufen zu einem spezifischen Berufsfeld sind im Regelfall immer empirische fundierte Arbeits- und Tätigkeitsanalysen sowie Vergleiche der beruflichen Qualifikationsinhalte aus der Ausbildung (vgl. Becker 2002d: 11).

- der *demographische Wandel* führt sowohl insgesamt als auch relativ zu einer Zunahme hochbetagter und pflegebedürftiger Menschen in der Gesamtbevölkerung. So wird erwartet, dass sich bis zum Jahre 2080 die Zahl der über achtzigjährigen Menschen verdreifacht (vgl. SVRKAIG1996);
- im Zuge der *Expansion der Frauenerwerbstätigkeit* werden die traditionellen und ökonomisch wertvollen Dienste wie Pflege, Betreuung oder hauswirtschaftliche Tätigkeiten nicht mehr wie bisher durch Frauen innerhalb der Familie erbracht, sondern aufgrund von Zeitverwendungskonkurrenzen verstärkt an den Markt ausgelagert. Insbesondere bei den verheirateten und höherqualifizierten Frauen im Alter zwischen 25- bis 54 Jahren war in den letzten Jahren ein deutlicher Anstieg der Erwerbsquote zu verzeichnen (vgl. Rerrich 2000; Statistisches Bundesamt 2002: 91ff.);
- die *Erosion traditioneller Familienstrukturen* und die Zunahme von Einpersonen- und Eingenerationen-Haushalten führt dazu, dass die intrafamiliäre Hilfe aufgrund räumlicher Distanzen und zeitlicher Engpässe entweder gar nicht oder aber nur begrenzt nachgefragt bzw. eingelöst werden kann;
- eine umfassende *Veränderung der Lebensweise*, wie die Zunahme der Wohnfläche und die Steigerung der Komplexität der alltäglichen Lebensführung, lassen immer mehr Menschen in der alleinigen Bewältigung der alltäglichen Aufgaben (z.B. Putzdienste, Kinderbetreuung, Einkaufsdienste) an ihre Grenzen stoßen (vgl. Rerrich 2000);
- ein *verbessertes Finanzbudget* und sich verändernde Anforderungen an ein erfülltes und glückliches Leben jenseits des Erwerbslebens der jetzigen Generation im Rentenalter, lässt auch in dieser Bevölkerungsgruppe die Nachfrage nach kulturellen, sportlichen, Bildungs- oder Reiseangeboten steigen;
- ein *verändertes Gesundheitsbewusstsein* breiter Bevölkerungsschichten erhöht in der Folge auch die Bereitschaft, für personen- bzw. gesundheitsbezogene Sport-, Freizeit oder Wellnessangebote zusätzliche private Mittel aufzuwenden;
- *veränderte Rahmenbedingungen und Regulierungen* der öffentlichen Hand erhöhen den Konkurrenz- und Wettbewerbsdruck der Anbieter und führen zu der Notwendigkeit der Entwicklung neuer, innovativer und qualitativ hochwertiger Dienstleistungen. Gestützt wird die Entwicklung kundenorientierter Dienstleistungen unter anderem durch neue technologische Entwicklungen;
- die *Internationalisierung der Dienstleistungsmärkte* ermöglicht und erleichtert auch ausländischen Anbieter den Marktzutritt und umgekehrt entstehen für inländische Dienstleistungsproduzenten neue Exportmöglichkeiten.

BANDEMER/HILBERT/SCHULZ (1998) kommen in ihren Szenarien zur Beschäftigungsentwicklung speziell für die *Gesundheits- und Sozialwirtschaft*<sup>11</sup> zu dem Ergebnis, dass bis zum Jahr 2010 rund eine Million neue Arbeitsplätze in diesem Bereich geschaffen werden könnten. Die Arbeit im Bereich personenbezogener Dienstleistungen wird überwiegend von *privaten Haushalten* nachgefragt und dient der Unterstützung der individuellen Lebensführung und der Bewältigung des Alltags. Personenbezogene Dienstleistungen verfügen insofern nicht nur über (außen)wirtschaftliche und *beschäftigungspolitische Potenziale*, sondern ihr Ausbau kann wesentlich dazu beitragen, die *Lebensqualität* ebenso wie die *Erlebnisqualität* der Menschen nachhaltig zu verbessern. Mit der Entwicklung dieser „Dienstleistungen für mehr Lebensqualität“ (Beyer et al. 2003) verbanden bereits GARTNER/RIESSMAN – ebenso wie Fourastié – die Hoffnung auf eine deutliche Verbesserung der Lebensbedingungen (Melioration) der Menschen (vgl. Häußermann/Siebel 1995: 40f). Ursprünglich heißt es bei Bell: „Lebensqualität bemisst sich nach den Dienstleistungen und Annehmlichkeiten – Gesundheits- und Bildungswesen, Erholung und Künste“ (Bell 1979: 131).

Die Bedeutung und Zielrichtung des Begriffs „Lebensqualität“ hat seit den 70er Jahren eine deutlich Wendung erfahren: Ursprünglich zielte der Begriff auf die Herstellung eines neuen sozialen Gleichgewichts und beinhaltete die Verknüpfung *amerikanischer* (Maßstab war das subjektive Wohlbefinden) und *skandinavischer* (Maßstab waren die objektiv erfassbaren Lebensbedingungen) *Wohlfahrtskonzepte*. Die Verbesserung der öffentlichen Dienste, die Debatten um die Humanisierung der Arbeitswelt ebenso wie eine gerechtere Einkommens- und Vermögensverteilung waren Teilaspekte dieses Konzeptes. Mit der Durchsetzung neuer Wohlfahrtskonzepte wird Lebensqualität nicht mehr über die staatliche Bereitstellung von Wohlfahrtsgütern (*commodities*), sondern über die *individuelle Befähigung (capabilities)* der Menschen, als fähige und autonome Akteure agieren zu können (*empowerment*), gemessen (vgl. Noll 2000: 25). Gemeinsam ist diesen Konzepten, dass sie eine Definition von „Lebensqualität“ vorlegen die „(...) sowohl materielle wie auch immaterielle, objektive und subjektive, individuelle und kollektive Wohlfahrtskomponenten gleichzeitig umfasst und das ‚besser‘ gegenüber dem ‚mehr‘ betont.“ (ebd.: 3).

---

<sup>11</sup> Die Autoren kommen ausgehend von drei unterschiedlichen Politikmodellen (etatistisches, neoliberales und Dienstleistungspolitikmodell) zu dem Ergebnis, dass auf Grundlage der gezielten politischen Förderung der Dienstleistungsbeschäftigung, im Vergleich der Politikmodelle, die höchsten Beschäftigungszuwächse bis zum Jahr 2010 erzielt werden können.

Die wachsende Nachfrage nach personenorientierten Dienstleistungen verweist also nicht nur auf ein ‚Mehr‘ an Leistungen, sondern damit verbunden sind zudem wachsende Ansprüche der Kunden an die Dienste im Sinne der Bereitstellung ‚besserer Leistungen‘ (vgl. Badelt 1994; Beyer et al. 2003). Um Missverständnissen an dieser Stelle vorzubeugen: Personenbezogene Dienstleistungen sind keinesfalls lediglich eine Neuerscheinung der Gegenwart, sondern gelten als traditionsreiche Domäne weiblicher Arbeit an der Schnittstelle zwischen Öffentlichkeit und Privatheit (vgl. Frieze 2000). Das Bedürfnis nach personenbezogenen Dienstleistungen entwickelt sich nicht ausschließlich erst nach der Stillung der sog. Primärbedürfnisse und ebenso wenig sind diese als Ausdruck und Resultat eines pathologischen Zustandes zu verstehen. Der Bedarf nach personenbezogenen Dienstleistungen, vor allem der Pflege und Versorgungsdienste, ist somit kein ursprüngliches Merkmal der Dienstleistungsgesellschaft, sondern neu ist demgegenüber die *Erbringungsform* der Dienste (vgl. Gross/Badura 1977: 36ff.). Personenbezogene Dienstleistungen werden nicht mehr länger nur durch die Gemeinschaft erbracht, sondern zusätzlich auf Dienstleistungsmärkten von Unternehmen als Ware angeboten. Damit einher geht ein *Wandel der Organisationsform* personenbezogener Dienstleistungsarbeit (siehe Kapitel 2.4.2). Ursprünglich als ehrenamtliche und als Eigenarbeit im privaten Haushalt erbrachte Tätigkeiten, werden nun überwiegend im Rahmen der Erwerbsarbeit verrichtet<sup>12</sup>. Faktisch jedoch bewegt sich personenbezogene Dienstleistungsarbeit nach wie vor auf einem Kontinuum zwischen den Polen qualifizierter Arbeit in geregelten Arbeitsverhältnissen und familiärer, oder nachbarschaftlicher unentgelteter Dienstleistungsarbeit (vgl. Karsten 2000: 76).

Wie deutlich die Arbeit im Bereich personenbezogenen Dienstleistungen bereits heute das Bild unserer Dienstleistungsökonomie prägt, zeigt die nachfolgende Tabelle 5. Der Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Dienstleistungssektor ist insgesamt zwischen 1998 und 2001 gestiegen, und zwar von 61,3 % (1998) auf 63,8 % (2001). Dienstleistungen präsentieren sich somit heute als die zentrale Säule der Erwerbsarbeit. Während dieses Ergebnis zunächst wenig überraschend erscheint, so wird darüber hinaus deutlich, dass die *Beschäftigung innerhalb des Dienstleistungssektors* recht unterschiedliche Entwicklungsverläufe vorzuweisen hatte. Das Konzept der „Zweiten Tertiarisierung“ setzt an diesen veränderten Bedeutungen einzelner Branchen innerhalb des tertiären Sektors an und unterscheidet im Weiteren zwischen sog. „Alten Dienstleistungen“ (Sozialversicherung, Finanzdienstleistungen), den „Dienst-

<sup>12</sup> Technisch-funktionell gleiche Arbeit kann in unterschiedlicher sozialer Form gesellschaftlich organisiert sein: Erwerbsarbeit, Eigenarbeit im privaten Haushalt, Ehrenamt, aber auch geschlechtsspezifische Arbeitsteilung sind, neben dem Beruf, andere Organisationsformen von Arbeit (vgl. Beck/Brater 1978 in: Voges 2002: 17). Vor allem für die gesundheitsbezogenen Dienste, allen voran die Pflegearbeit, ist zu beobachten, dass sie im Zeitverlauf in unterschiedlichen Organisationsformen auftrat.



leistungen im Umbruch“ (Verkehr, Transport, Kommunikation, Handel und Medien) sowie den „Neuen Dienstleistungen“. Hierunter werden insbesondere die sozialen und personenbezogenen Dienstleistungen vor allem des Gesundheitswesens gefasst (vgl. Schröpfer/Schumann 2001).

**Tabelle 5: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Wirtschaftsgruppen 1998-2001 (in Klammern Anteile an der Gesamtbeschäftigung)<sup>13</sup>**

<b>Branche (alte Bundesländer)</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>
Land-, Forstwirtschaft, Fischerei	194.836	198.822	199.232	195.439
Bergbau und Verarbeitendes Gewerbe	6.665.754	6.565.865	6.602.471	6.622.956
Bauwirtschaft	1.644.791	1.646.712	1.594.211	1.498.735
Dienstleistungen	13.513.320 (61,3%)	13.970.213 (62,4%)	14.444.329 (63,2%)	14.682.378 (63,8%)
<b>davon:</b> Infrastruktur und Transport	1.380.321 (6,3%)	1.413.291 (6,3%)	1.454.132 (6,3%)	1.478.305 (6,4%)
Unternehmensnahe Dienstleistungen	1.820.769 (8,3%)	2.026.615 (9,1%)	2.261.004 (9,9%)	2.392.958 (10,4%)
Handel, Finanzen und Immobilien	4.552.602 (20,7%)	4.621.617 (20,6%)	4.706.049 (20,6%)	4.709.315 (20,5%)
Verwaltung, Organisation, Politik	1.698.912 (7,7%)	1.687.704 (7,5%)	1.680.108 (7,4%)	1.678.079 (7,3%)
Haushalts- und Personenbezogene Dienstleistungen	4.060.716 (18,4%)	4.220.986 (18,9%)	4.343.036 (19,1%)	4.423.721 (19,2%)

Quelle: PASTA, Daten LDS NRW 2003; eigene Berechnungen.

Das Konzept zielt auf die Erfassung der *sektorimmanenten Beschäftigungsdynamik*, die einerseits zu einem höheren Anteil von Dienstleistungstätigkeiten im industriellen Sektor führt und andererseits Anteilsverschiebungen innerhalb des Dienstleistungssektors selbst beinhaltet. Wie die Tabelle 5 zeigt, konnten neben den unternehmensnahen Dienstleistungen vor allem die sog. „Neuen Dienstleistungen“ im Untersuchungszeitraum Beschäftigungszuwächse erzielen. Im Jahr 1998 waren 18,4 % der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Bereich der haushalts- und personenbezogenen Dienstleistungen tätig, bis zum Jahr 2001 stieg ihr Anteil an der Gesamtbeschäftigung auf 19,2 %. Die „alten“ (Handel, Finanzen und Immobilien) und sich „im Umbruch“ befindenden Dienstleistungsbereiche (Verwaltung, Organisation, Politik), hatten hingegen eine Stagnation bzw. sogar einen Rückgang der sozialver-

<sup>13</sup> Die Pasta-Systematik orientiert sich an einer am Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) entwickelten Systematik, mit der die Beschäftigungsentwicklung nach Angebots- und Nachfragemerkmalen differenziert und mit fünf Dienstleistungskategorien (produktionsnahe, distributive, konsumbezogene, soziale und staatliche Dienstleistungen) analysiert wurde. Allerdings erwies sich die ursprüngliche WZB-Systematik im Laufe der Zeit, vor allem in Bezug auf eine EU-weite Vergleichbarkeit, als zunehmend ungeeignet. Die hier abgebildete PASTA-Systematik zielt nun darauf, die Schwächen der WZB-Systematik durch einen neuen Zuschnitt des Dienstleistungssektors und der WZ 93 als Grundlage auszugleichen (vgl. Worthmann 2002: 105).

sicherungspflichtig Beschäftigten zu verzeichnen. Rationalisierungseffekte durch den Einsatz moderner IuK-Technologien, Privatisierungsstrategien ehemals öffentlich getragener Unternehmen ebenso wie Billigarbeitsstrategien – vor allem im Handel – sind ursächlich für die stagnierenden und negativen Beschäftigungseffekte verantwortlich. Das Fazit an dieser Stelle lautet: Die haushalts- und personenbezogenen Dienstleistungen präsentieren sich insgesamt nicht nur als wesentliche Säule des Strukturwandels, sondern sie konnten auch innerhalb des Dienstleistungssektors in den letzten Jahren Zuwächse vorweisen. Dennoch liegt Deutschland im EU-Vergleich in punkto Tertiarisierung lediglich im Mittelfeld. Vor allem in den skandinavischen Ländern, Großbritannien und den Niederlanden liegt der Anteil der Beschäftigten im Dienstleistungssektor um rund 10 Prozentpunkte höher als in der Bundesrepublik. Der größte Nachholbedarf wird für Deutschland derzeit bei den hochwertigen produktionsorientierten und personenbezogenen Dienstleistungen konstatiert (vgl. Lehdorff 2002a: 13ff.).

Ansätze zur Überwindung der Dienstleistungslücke bestehen in der Zusammenschau einerseits darin, die Preise für personenbezogene Dienstleistungen zu senken. Ansätze sowohl der *Arbeitnehmerlohnsubventionierung*, etwa durch Kombi-Lohn-Modelle, Modelle der Einkommensbeihilfen oder der Senkung von Sozialabgaben sind hier zu verorten. Andererseits zählen hierzu auch Maßnahmen zur Steigerung der Qualität der Dienstleistungen sowie zur Förderung der Frauenerwerbstätigkeit in diesem Sektor. Während die Qualität der Dienstleistungen vor allem durch Qualifizierungsmaßnahmen im Bereich der beruflichen Erstausbildung und der Weiterbildung verbessert werden kann, setzen Maßnahmen zur Steigerung der Frauenerwerbstätigkeit an der Überwindung der geschlechtsspezifisch segmentierten Einkommens- und Karrierechancen sowie der Bereitstellung von adäquaten Kinderbetreuungsmöglichkeiten und einer Reform des derzeitigen Steuersystems an (vgl. Pfarr/Vogelheim 2002: 61ff). Die Bedeutung personenbezogener Dienstleistungen für Wirtschaft und Beschäftigung würde verkürzt diskutiert werden, wenn nicht auch kurz auf die Bedeutung dieses Dienstleistungsbereichs im Kontext der *Frauenerwerbstätigkeit* eingegangen werden würde.

#### **2.4.1 Personenbezogene Dienstleistungen: Ein Frauenarbeitsmarkt mit schlechtem Image**

Es gilt als empirisch gesichert, dass Frauen die dominante und zahlenmäßig stärkste Gruppe der Erwerbstätigen in personenbezogenen Dienstleistungssegmenten darstellen. Im Jahr 2002 stellten Frauen insgesamt einen Anteil von 44,2 % an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Bundesrepublik. Die Anteile der Frauen-

beschäftigung innerhalb der personenbezogenen Dienstleistungsberufe variierten zwischen 75 % bis über 95 % in den Erziehungs- und Pflegeberufen (vgl. <http://www.pallas.iab.de>). Frauen auf dem Arbeitsmarkt erhöhen sowohl die Nachfrage nach Dienstleistungen im Bereich Pflege, Versorgung, Betreuung, Erziehung oder Hauswirtschaft als auch das Angebot an Arbeitskräften, welche an einer Tätigkeit in diesen Diensten interessiert sind. Die Expansion bezahlter Dienstleistungsarbeit und die Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit stehen also in einem engen Bedingungsverhältnis: Im EU-Vergleich lässt sich entsprechend ein starker statistischer Zusammenhang zwischen der Beschäftigungsquote von Frauen und dem Arbeitsvolumen (zur Definition siehe Kapitel 2.2) im Bereich der personenbezogenen und sozialen Dienstleistungen feststellen (vgl. Lehdorff 2002: 18). Darüber hinaus kommt es jedoch auch zu *Substitutionseffekten* (Gershuny 1981): Aufgrund des Mangels an verfügbaren und bezahlbaren Dienstleistungen wird auf die im Vergleich günstigen industriellen Produkte zurückgegriffen – etwa auf bügelfreie Wäsche oder Fertiggerichte.

Obwohl personenbezogene Dienstleistungen als aussichtsreiche Wachstumskandidaten und als „*hidden champions*“ des Strukturwandels wahrgenommen werden (vgl. Fretschner/Hilbert/Micheel 2001), ist die Diskussion um ihre Potenziale vielfach auch eng gekoppelt an *Negativ-Bedingungen* wie niedrige Löhne, wechselnde Arbeitszeiten, eine schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie belastende Arbeitsbedingungen und dadurch bedingter früher Berufsausstieg und eine geringe soziale Absicherung verbunden mit ungünstigen Aufstiegs- und Karrierechancen (Karsten et al. 1999). Festzuhalten bleibt an dieser Stelle: Im Zentrum des beschäftigungsstrukturellen Wandels zur Dienstleistungsgesellschaft stehen die personenbezogenen Dienstleistungsberufe und somit im Wesentlichen auch Frauen und ihre Erwerbsbeteiligung sowie die auf sie ausgerichtete Beschäftigungs- und Berufsbildungspolitik (vgl. Karsten 2000). Die Beschäftigungs-, Dienstleistungs-, Bildungs- und Frauenpolitik kumulieren somit im Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen.

#### **2.4.2 Die Modernisierung personenbezogener Dienstleistungen im Spannungsfeld von Markt und Staat – Chance und Risiko zugleich**

Durch die staatlich garantierte Mindestversorgung mit personenbezogenen Dienstleistungen einerseits und den wachsenden Bedürfnissen der Verbraucher andererseits, sind die öffentlichen Budgets in den letzten Jahren zunehmend unter Druck geraten. In der Folge war zu beobachten, dass der Staat vor allem in den Bereichen Gesundheit, Pflege, Erziehung und Bildung, die Produktion öffentlicher Güter

verstärkt den Organisationen und Akteuren des Dritten Sektors sowie dem Markt überlassen hat und sich selbst auf die regulative Steuerung dieser Dienstleistungsbereiche konzentrierte (vgl. Olk/Evers/Heinze 2001: 573). Deregulierung und die Einführung ‚flexibler‘ Strukturen wurde zum vorherrschenden Politikmodell, denn staatliche Regulierungen – so ein viel geäußelter Vorwurf – behindern lediglich die Ausnutzung von Innovationspotenzialen und bremsen in der Folge die wirtschaftliche und gesellschaftliche Entwicklung. Insbesondere der Gesundheitssektor war – wie in Kapitel 4.1 noch gezeigt werden wird – von den Diskussionen um Deregulierung, Privatisierung, Wettbewerb, Qualität und Effizienz nachhaltig betroffen. Die Umwälzungen wurden mit so unterschiedlichen Stichworten wie „*Ökonomisierung*“, „*Vermarktwirtschaftlichung*“ zusammengefasst oder aber als eine Wende „*vom Wohlfahrtsstaat zum Wettbewerbsstaat*“ (Heinze/Schmid/Strünck 1999) beschrieben. Die Implementierung innovativer Strukturen im Verhältnis zwischen dem staatlichen Sozialleistungssystem und der organisatorisch-institutionellen Ebene der Träger und Einrichtungen erfolgte nicht zuletzt mit der Zielsetzung, zu verbindlichen Vereinbarungen im Hinblick auf Umfang, Kosten und Qualität der Dienstleistungen zu gelangen:

„Mittels wettbewerbszentrierter Modernisierungsstrategien soll der Sektor in dem nicht genügend Wettbewerb herrscht, Marktkräfte außer Kraft gesetzt und Anreizstrukturen falsch gepolt sind, effizienter gestaltet werden. (...) Nach neoklassischer Lehrmeinung muss dereguliert werden, d.h. staatliche und verbandliche Kontrolle muss durch die Einführung einer wettbewerbslichen Rahmenordnung substituiert werden.“ (Dahme/Wohlfahrt 2000: 317f.).

Der gesetzlich verordnete Primat des Wettbewerbs ist jedoch nicht grundsätzlich auf Einvernehmen gestoßen. So haben Kritiker darauf hingewiesen, dass sich im Zeichen der Subsidiarität der Wettbewerb nur unzureichend entfalten kann und es so zur Entstehung von Pseudo- und Quasi-Märkten kommt, auf denen die Kunden und die Mitarbeiter letztlich keinen Einfluss haben (Bartlett et al. 1994). Im Kern zielen die Modernisierungsstrategien nun darauf, das *Passungsverhältnis* zwischen Verbrauchern und Versorgungsinstanzen durch die Neukombination der Angebotsstrukturen zu optimieren (vgl. Hartmann 2000: 171).

**Tabelle 6: Sektoren der Wohlfahrtsproduktion nach Evers/Olk**

Institutionen	Markt	Staat	Gemeinschaft	Zivilgesellschaft
Sektor der Wohlfahrtsproduktion	Marktsektor	Staatssektor	Informeller Sektor	Nonprofit-Sektor, intermediärer Bereich
Zentraler Akteur	Unternehmen	Öffentliche Verwaltung	Familie. Soziale Netzwerke	Assoziationen, Verbände
Handlungs-koordination	Wettbewerb	Hierarchie	Persönliche Verpflichtung	Freiwilligkeit
Komplementär-rolle auf Nach-frageseite	Konsument, Kunde	Sozialbürger	Gemeinschafts-mitglied	Assoziations-mitglied
Zugangsregel	Zahlungsfähigkeit	Anspruchsrechte	Askription/Ko-optation	Bedürftigkeit
Austauschmedium	Geld	Recht	Wertschätzung	Argumente
Bezugswert	Wahlfreiheit	Gleichheit	Reziprozität, Altruismus	Solidarität
Gütekriterium	Wohlstand	Sicherheit	Persönliche Teilhabe	Soziale und poli-tische Aktivierung
Defizit	Ungleichheit	Vernachlässigung von Minderheits-bedürfnissen	Ausschluss von Nicht-Mitgliedern	Reduzierte Effektivität der Management- und Organisationsstrukturen

Quelle: Evers/Olk 1996: 23; eigene Darstellung

Das Spektrum der gesellschaftlichen Ebenen und Institutionen, welche an der Produktion und Bereitstellung personenbezogener Dienstleistungen beteiligt ist, ist von jeher außerordentlich vielfältig. EVERS und OLK zeigen auf, dass der Staat neben Markt, Familien und sozialen Netzwerken sowie den intermediären Organisationen des Dritten Sektors nur eine Instanz der Wohlfahrtsproduktion<sup>14</sup> darstellt. Die Klienten (Nachfrager) haben in der Regel Zugang zu den verschiedenen Sektoren und kombinieren in der Folge die unterschiedlichen Leistungen je nach Bedarfslage. Wie aus der Tabelle 6 ersichtlich ist, zeichnen sich die einzelnen Sektoren durch ihre jeweils spezifischen Bezugswerte und Gütekriterien aus, deren Erfüllung die jeweils anderen Bezugskriterien vernachlässigen bzw. verfehlen (vgl. Evers/Olk 1996: 22ff.). Die Realisierung der prognostizierten Wachstumschancen personenbezogener Dienstleistungen wird nun künftig wesentlich auch davon abhängen inwieweit es gelingen wird, die beschriebenen Modernisierungsherausforderungen durch die Diffusion von ursprünglich trägerfremden Innovationen, Arbeitsprinzipien und Organisationsformen umzusetzen. Konkret bedeutet dies für die Anbieter personenbezogener Dienstleistungen, der wachsenden Nachfrage durch die Entwicklung bedarfsgerechter und qualitativ hochwertiger Dienstleistungen zu begegnen und sich durch Leistungsdiversifizierung neue Wachstumsmöglichkeiten zu erschließen. Hierzu bedarf es vor allem einer Strategie

<sup>14</sup> Das Konzept der Wohlfahrtsproduktion bezieht sich auf den Umwandlungsprozess von Ressourcen (Güter, Dienste und Zeit) in Endprodukte, die als Beiträge zum individuellen Wohlbefinden verstanden werden können (vgl. Evers/Olk 1996: 15).

der „*high road*“ – verstanden als Produktivitätssteigerung bei den entsprechenden Dienstleistungen als Basis für mehr Qualität und Kundennähe einerseits und als Grundlage für anspruchsvolle, qualifizierte Arbeitsplätze andererseits (vgl. Beyer et al. 2003: 10).

Die Implementierung eines betriebsinternen Controllings, Marketingtätigkeiten und Öffentlichkeitsarbeit aber auch Organisations- und Personalentwicklungsmaßnahmen sowie die Einrichtung eines Qualitätsmanagements werden zu weiteren notwendigen Entwicklungs- und Modernisierungsvoraussetzungen (vgl. Bauer 2001: 88). Im Rahmen eines neuen *Branchenmixes* gilt es zudem, neue integrierte Angebote im Zusammenspiel einzelner Sparten durch neue Kooperationen und die Bündelung von Qualifikationen zu entwickeln (Beyer et al. 2003). Diese Kooperations- und Vernetzungskompetenzen stellen nicht zuletzt Elemente innovativer Dienstleistungen dar. KARSTEN kommt zu dem Schluss:

„Personenbezogene Dienstleistungen zeichnen sich aufgrund ihres Charakters als Modell für die Zukunft des Dienstleistungsberufs aus: Ihre Kompetenzen wie Kommunikationsfähigkeit, Gleichzeitigkeit und Bewältigung von Ungewissheit sind zentrale Schlüsselqualifikationen auch für die technikbasierten und informationstechnologischen Dienstleistungen der Zukunft. Dennoch bergen sie durch die gleichen Charakteristika die Gefahr von Entstrukturalisierung, Entwertung und Entqualifizierung.“ (Karsten 2000: 83).

Personenbezogene Dienstleistungen sind somit nicht nur *Zukunfts-*, sondern auch *Risikoberufe* zugleich. Die Modernisierung personenbezogener Dienstleistungen eröffnet einerseits für die Anbieter und wie auch für die Kunden, die Chance auf wirtschaftliches Wachstum und Beschäftigung durch die Entwicklung neuer Märkte für personenbezogene Dienstleistungen für Lebensqualität. Andererseits birgt die Modernisierungsnotwendigkeit auch Risiken: Dienstleistungen dürfen unter dem Druck ökonomischer Zwänge nicht an den Kundenbedarfen vorbei produziert werden. Zudem muss die Grundversorgung mit bestimmten Dienstleistungen sichergestellt werden, die für die Produktion von Kollektivgütern (etwa Gesundheits- und Pflegeleistungen; Bildung) verantwortlich sind. Ansonsten besteht durchaus die Gefahr „vom Regen der Subsidiarität in die Traufe der Pauperität“ zu steuern (Bauer 2001: 206f.). Der Ausbau und die Modernisierung des personenbezogenen Dienstleistungssektors stellen die Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen und Beschäftigten auf eine harte Probe und fordern von der Berufsbildung einen hohen Standard an Fertigkeiten, Kenntnissen, Qualifikationen und Kompetenzen (vgl. Fretschner/Hilbert 2002: 72).

## **2.5 Innovation, Wissen und Qualifizierung: Zur Rolle der beruflichen Bildung im Kontext der Entwicklung und Modernisierung des personenbezogenen Dienstleistungssektors**

Qualifizierte Arbeitskräfte gelten als der entscheidende Faktor im globalen Standortwettbewerb (vgl. Bündnis für Arbeit, Ausbildung und Wettbewerbsfähigkeit 1999: 54). Berufliche Bildung und die Innovationsfähigkeit von Unternehmen gehen dabei Hand in Hand (vgl. Pütz 2003: 254). KONDRATIEFF darauf hingewiesen, dass es sich bei den von ihm beschriebenen Zyklen zugleich um Reorganisationsprozesse einer Gesellschaft handelt. Damit verbunden sind *Innovationsschübe* die neue Ideen, Bedürfnisse, neue Produkte und Unternehmen, neue Formen der Arbeitsorganisationen aber auch neue Qualifikationsanforderungen mit sich bringen. Laut NEFIODOW befinden wir uns nun am Beginn eines neuen Zyklus, der wahrscheinlich durch den gesellschaftlichen Bedarf nach ganzheitlicher Gesundheit (körperlicher, seelischer, sozialer und ökologischer) geprägt sein wird (vgl. Nefiodow 1996). Diese herausragende Bedeutung der Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen als wirtschaftliche Triebkraft der Zukunft rückt die Berufsbildung in diesem Bereich als ökonomischen Standortfaktor, der über Fragen des Wirtschaftswachstums, des technischen Fortschritts sowie der Innovationsfähigkeit betrieblicher und individueller Akteure entscheidet, zunehmend ins Blickfeld (vgl. Georg/Sattel 1995: 136).

### **2.5.1 Begriffliche Klärungen, Wirkungszusammenhänge und Trends**

Innovationen tragen entscheidend zur Wettbewerbsfähigkeit einer Volkswirtschaft bei. Grundsätzlich ist zu unterscheiden zwischen *Produkt-* und *Prozessinnovationen*. Produktinnovationen bezeichnen neue oder merklich verbesserte Dienstleistungen – sind also ergebnisorientiert – während sich Prozessinnovationen auf neue oder verbesserte Verfahren beziehen. Organisatorische Veränderungen gelten dann als Innovationen, wenn Sie mit einer Produkt- oder Prozessinnovation in direkter Verbindung stehen (vgl. ZEW/infas 1999: 3; Stille/Bitzer 1998). Von SCHUMPETER stammt die ursprüngliche Unterscheidung zwischen Erfindung (Invention), erstmaliger Nutzung (Innovation) und Verbreitung (Diffusion durch Imitation). Basisinnovationen bezeichnen völlig neue Technologien und führen zu neuen Produkten und Diensten, welche im Weiteren Auslöser für langfristige Wachstumswellen sind. Die OECD definiert Innovation prozessbezogen entlang der einzelnen Phasen, von der Forschung bis zur Markteinführung:

„Scientific and technological innovation may be considered as the transformation of a new idea into a new product introduced on the market, into a new or improved operational process used in the industry and commerce, or into a new approach to social service.” (OECD 1993: 19 in Stille/Bitzer 1998:17)

Während von den Skeptikern Innovationen nicht selten und allzu vorschnell als ‚Job-killer‘ abgestempelt werden, sehen Innovationsbefürworter in ihnen die Chance zur Erhöhung der Wettbewerbsfähigkeit und der Beschäftigung. Gerade im Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen sind, wie beschreiben, die Möglichkeiten zum Personalabbau beschränkt, sofern die Dienstleistungsqualität erhalten oder sogar ausgebaut werden soll. Die Wirkungszusammenhänge zwischen Innovationen und Beschäftigung sind vielfältig und komplex und sollen an dieser Stelle nicht vertieft behandelt werden. Grundsätzlich ist zwischen indirekten und direkten Beschäftigungswirkungen zu differenzieren. Entscheidend dürfte jedoch ein, dass für den wirtschaftlichen Erfolg und für hieraus entstehende Beschäftigungseffekte nicht nur neue Verfahren und Produkte entwickelt, sondern vor allem neue Märkte erschlossen werden müssen. Zu den entscheidenden Parametern für Beschäftigungswachstum wird so einerseits die Diffusion der Produkte und Verfahren in die Märkte und andererseits deren Nutzung, welche wiederum wesentlich dadurch beeinflusst wird, inwieweit die Produkte und Dienstleistungen mit Blick auf den Endkunden produziert werden.

*Humankapital und Qualifikation* spielen für die Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen eine bedeutende Rolle. Der Begriff der Qualifikation stellt eine systematische Verbindung von erlernten Befähigungen und beruflichen Aufgaben her. Als (personengebundene) Qualifikationen werden im Folgenden Befähigungen, d.h. Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten bezeichnet, über die Personen verfügen, die bei der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit zur Verfügung kommen können (vgl. Teichler 1995: 501). Definiert man Humankapital als „(...) das in ausgebildeten und lernfähigen Individuen repräsentierte Leistungspotential einer Bevölkerung“ (Doré/Clar 1997: 159)<sup>15</sup> dann wird deutlich, welche zentrale Rolle den Beschäftigten im wirtschaftlichen Entwicklungsprozess zukommt. Internationale Querschnittsvergleiche haben verdeutlicht, dass das Humankapital ein entscheidender Faktor für Unterschiede im Einkommensniveau und Wachstum zwischen verschiedenen Volkswirtschaften ist (vgl. Stiller/Bitzer 1998: 24). „Qualifizierung“ ist in diesem Sinne als Instrument zu verstehen, das dazu beiträgt die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten im Zeitverlauf auszubauen und zu stärken. Zwischen Humankapital und Wissen besteht eine enge Kopplung: Die Beschäftigten können Wissen nutzen, produzieren und sind letztendlich Träger des Wissens. Qualifikationen enthalten in Ausbildungsordnungen und Weiterbildungsprogrammen sowohl fixierbares Wissen und Können (formalisierbare Elemente im Sinne *kodifizierten Wissens*) als auch implizites Wissen (*tacit knowledge*) (vgl. Bärwald/Freikamp 2003). Beim Human-

---

<sup>15</sup> Zum Humankapitalansatz siehe Becker 1975.



kapital handelt es sich somit letztlich um das *Wissenskapital* des Beschäftigten und dieses stellt eine „innovative Kraft“ dar, ohne die eine qualitative Veränderung und Neuentwicklung von Produkten und Dienstleistungen kaum möglich wäre:

„Aufgrund des Zusammenhangs von Innovation und Wissen kommt der der Ausbildung, dem Erwerb von Wissen und Fähigkeiten eine besondere Bedeutung zu. Humankapital wird durch Ausbildung aufgebaut; Ausbildung und Wissenstransfer sind essentielle Voraussetzungen für Innovationen. Innovationen werden nur dann voll genutzt, wenn die erforderlichen Lösungen die Kreativität der Menschen und ihr Leistungspotential berücksichtigen.“ (Stille/Bitzer 1998: 17)

An dieser Stelle soll auf eine deutliche Schwäche des Humankapitalansatzes hingewiesen werden: Die Entscheidung zur Qualifizierung folgt nach der Logik des Ansatzes lediglich ökonomischen Kalkülen, d.h. eine Investition in Qualifizierungsmaßnahmen wird dann getätigt werden, wenn der Wert der erwarteten Erträge der Maßnahmen die damit verbundenen Aufwendungen übersteigt. Vernachlässigt werden aus dieser Perspektive Qualifizierungsentscheidungen, die an veränderten Rahmenbedingungen bzw. Kontextfaktoren ansetzen und das Qualifizierungsverhalten aus dieser Sicht zu erklären versuchen. Betriebe und Individuen qualifizieren sich auch in der Erwartung von Veränderungen (*prospektive Qualifizierung*), so dass konkrete Kosten-Nutzen-Analysen das Entscheidungsverhalten zwar beeinflussen, es jedoch nicht vollständig erklären können. Die Qualifikationsforschung versucht entsprechend den Begriff des „Humankapitals“ um den Begriff der „Qualifikation als umfassende *Handlungskompetenz*“ zu erweitern. Fachkompetenz, Methodenkompetenz und soziale Kompetenz werden im Begriff der „Handlungskompetenz“ gebündelt. Eine Person hat dann eine „Qualifikation“ für den Arbeitsplatz, wenn sie die

„(...) zur Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten besitzt, wenn [sie] Probleme unabhängig und flexibel lösen kann, und wenn [sie] willens und fähig ist, in [ihrer] Arbeitsumgebung und –organisation vorausschauend zu planen.“ (Doré/Clar 1997: 165)

Grundsätzlich ist an dieser Stelle zwischen *allgemeinen*, *berufsspezifischen* und *betriebsspezifischen* Qualifikationen zu unterscheiden. Während allgemeine Qualifikationen die Mobilität auf dem Arbeitsmarkt erhöhen, sind berufs- und betriebsspezifische Kenntnisse und Fähigkeiten nur im jeweiligen Tätigkeitsfeld bzw. in dem einzelnen Unternehmen verwertbar. Gegenüber der Humankapitaltheorie ermöglicht der Ansatz der Qualifikationsforschung die Berücksichtigung der wechselseitigen Bedingtheit von „Qualifikation“ und „Handlungskompetenz“: Berufliches Handeln erfolgt immer in einem sozialen Kontext, d.h. die Möglichkeiten und Grenzen beruflichen Handelns werden durch die Individuen ständig neu bewertet. *Qualifikationsanforderungen* lassen sich insofern als Anforderungen an die Befähigung

gung der Beschäftigten interpretieren, die sich aus der Betrachtung der notwendigen beruflichen Fähigkeiten im jeweiligen Arbeitskontext schließen lassen (vgl. Teichler 1995: 501). Ändern sich die Kontextfaktoren, so ist das berufliche Handeln unmittelbar davon betroffen. *Qualifikationsentwicklung* ist dann eine Reaktion auf veränderte Tätigkeitsanforderungen im betrieblichen Arbeitsprozess, d.h. in direkter oder indirekter Abhängigkeit von zahlreichen sich fortlaufend verändernden und sich gegenseitig beeinflussenden gesellschaftlichen Faktoren und Trends (vgl. Bärwald/Freikamp 2003). Für die Beschäftigten bedeutet dies die Notwendigkeit der Aktualisierung ihres Wissens an die sich verändernden Anforderungen. Dies geschieht mit dem Ziel, sich einerseits fachlich fortzuentwickeln (Aufstiegsorientierung) und andererseits ihre *Beschäftigungsfähigkeit* durch die (Wieder-)Herstellung von Handlungskompetenz zu sichern bzw. zu erhöhen.

An dieser Stelle setzten auch die Diskussionen und Forderungen um das „Lebenslange Lernen“ an: Orientiert man sich an dem Begriffsverständnis der Expertenkommission „Finanzierung Lebenslangen Lernens“ dann umfasst dieses „(...) die Gesamtheit allen formalen, nicht-formalen und informellen Lernens über den Lebenszyklus hinweg“ (Expertenkommission Finanzierung Lebenslangen Lernens 2002: 29). Der Wegfall der stabilen lebenslangen Berufs- bzw. Arbeitsperspektive macht eine stete Orientierung am und Beobachtung des Arbeitsmarktes erforderlich. Während einerseits die Arbeitnehmer bereit sein müssen sich kontinuierlich weiterzubilden, müssen die Arbeitgeber im Gegenzug erkennen, dass sie mit den zweifelsohne entstehenden Kosten für die Weiterbildung ihres Personals letztlich in die Wettbewerbsfähigkeit und somit in die Zukunft ihres Unternehmens investieren. Die Bereitschaft der Arbeitgeber wie auch der Arbeitnehmer hierzu hängen wesentlich auch von den Zukunftserwartungen beider ab. Wege zur Sicherung des Fachkräftebedarfs liegen sowohl in der Kombination betrieblicher Aus- und Weiterbildung, der Weiterbildung des vorhandenen Personals sowie der externen Rekrutierung von neuem Personal (Baethge/Baethge-Kinsky 1998: 145). Kenntnisse über die zukünftig relevanten Entwicklungen der Märkte werden so zur basalen Entscheidungsgrundlage für Qualifizierungsbemühungen. Fehlentwicklungen können darin begründet sein, dass:

- zukünftige Markt- und Unternehmensentwicklungen falsch eingeschätzt werden;
- von Seiten der Unternehmen und/oder der Mitarbeiter die Notwendigkeit der Qualifizierung verkannt wird;
- falsche Qualifizierungsentscheidungen getroffen werden;
- keine passgenauen Qualifizierungsangebote existieren.

Betriebliche Weiterbildungsaktivitäten können so auch als Ausdruck bestehender Qualifikationsdefizite interpretiert werden. GRÜNEWALD/MORAAL unterscheiden zwischen Weiterbildungsmaßnahmen im „engeren Sinne“ (interne und externe Lehrveranstaltungen) und Weiterbildungsmaßnahmen in „weiteren Sinne“ wie arbeitsplatznahe Formen der betrieblichen Weiterbildung (Job-Rotation, Qualitätszirkel, Selbstgesteuertes Lernen, Einarbeitung neuer Mitarbeiter) oder auch Informationsveranstaltungen (vgl. Grünewald/Moraal 1996: 11f.). Es wäre allerdings verkürzt, die Rolle der beruflichen Weiterbildung lediglich in dieser kompensatorischen Funktion zu sehen. Weiterbildung schließt immer auch in einem kontinuierlichen und unterstützenden Sinne an den Beruf an. Insgesamt lassen sich für die berufliche Bildung und die Qualifikation folgende allgemeine Trends feststellen (vgl. Lehner 1999):

- die Zunahme allgemeiner kognitiven Fähigkeiten und anderen extrafunktionalen Kompetenzen bei relativer Abnahme der Bedeutung von Faktenwissen;
- Traditionelle Formen und Strukturen der Teilung der Wissensproduktion werden zunehmend durch neue integrative und interdisziplinäre Formen ersetzt;
- Wissensgenerierung und Wissensnutzung wachsen sowohl im Hochschulsbereich als auch im schulischen Bereich zusammen.

Diese Entwicklungstendenzen verweisen nicht zwangsläufig auf die Relativierung von fachspezifischen Tätigkeiten gegenüber fachübergreifenden Qualifikationen, sondern es ergibt sich ein neuer *Qualifikationsmix*, der neben den fachspezifischen Qualifikationsinhalten auch so genannte Schlüsselqualifikationen (methodische, soziale und personale Kompetenzen)<sup>16</sup> und extrafunktionale Kompetenzen<sup>17</sup> beinhaltet. Die Beschleunigung von Innovationszyklen entwertet bestehende Wissensbestände und forcieren die auf Innovationshandeln fokussierten Aufgabenstellungen: Der doppelte Strukturwandel der Dienstleistungsgesellschaft bringt so einen Wandel der Qualifikationsanforderungen mit sich, welche wiederum das System der beruflichen Qualifizierung in Turbulenzen bringt (vgl. Baethge 2001: 89; Baethge/Baethge-Kinsky 1998).

Die personenbezogenen Dienstleistungen befindet sich derzeit mit den Berufen des Gesundheits- und Sozialwesens in einem tief greifenden Veränderungsprozess: „Aus den Gesundheits- und Sozialberufen sind – unter Einschluss der ‚Pflegerberufe‘! –

---

<sup>16</sup> Das Konzept der Schlüsselqualifikationen wurde Anfang der 1970er Jahre von Mertens, als Reaktion auf die gescheiterten Arbeitskräftebedarfsprognosen der Bildungsökonomie, vorgelegt.

<sup>17</sup> Unter „extrafunktionalen Kompetenzen“ werden Befähigungen verstanden, die nicht auf den ersten Blick eine Voraussetzung zur Bewältigung beruflicher Aufgaben sind, tatsächlich aber berufsnützlich sind (vgl. Teichler 1995).

personenbezogene Dienstleistungsberufe geworden, deren Qualifikationsprofil sich nach dem Leistungsbedarf eines spezifischen Wirtschafts- und Arbeitsmarktbereiches mit seinen schnellen Orientierungswechseln richtet.“ (Becker 2002: 30). Allerdings sind die zentralen Berufsgruppen der personenbezogenen Dienstleistungen – wie etwa die Pflegeberufe – derzeit nicht auf diese Herausforderungen und neuen Tätigkeitsfelder eingestellt, so dass es hier zu deutlichen *Passungsproblemen in der Qualifikationsstruktur* kommt. Dieses „Mismatch“ beruht u.a. darauf, dass Qualifikationsprofile in den personenbezogenen und sozialen Dienstleistungen weniger anhand harter, objektivierbarer Berufsdaten, sondern vielmehr auf der Grundlage der Orientierung an der Entwicklung sozialer und kultureller Einstellungsveränderungen entwickelt werden mit der Folge, dass die Berufe in einer „*Traditionalitätenfalle*“ stecken bleiben (vgl. Becker 2002; Meifort 2002).

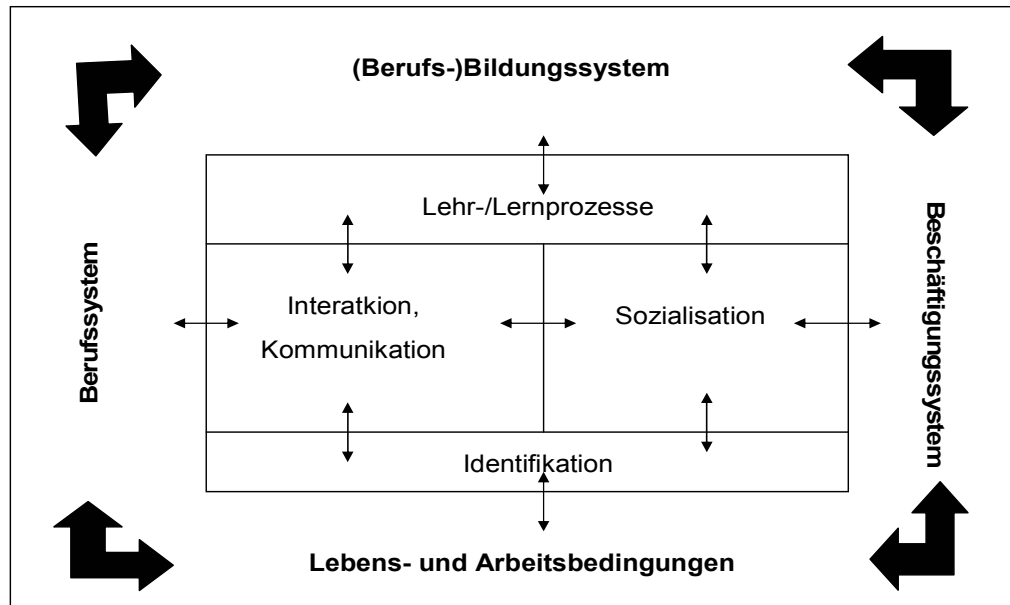
### **2.5.2 Berufliche Bildung und Berufsbildungspolitik als Innovationsmotoren?**

Eine zentrale Frage der Berufsbildungsforschung lautet, ob sich der fortschreitende Wandel zur Dienstleistungsgesellschaft weitestgehend innerhalb der vorhandenen Berufsmuster im System der beruflichen Bildung vollzieht, oder ob das Spektrum um neue Berufsbilder und neue Qualifikationen erweitert werden muss (vgl. Dobischat 1997: 106). Berufe liefern zunächst eine überbetriebliche und universelle Codierung von Qualifikationen und erlauben insofern eine Verständigung über Kompetenzen, unabhängig von den jeweiligen betriebsspezifischen Bedingungen. Aufgabe staatlicher *Bildungspolitik* ist die konkrete Ausgestaltung der beruflichen Bildung: Die Umsetzung der (prognostizierten) Qualifikationsanforderungen in die strukturelle und curriculare Gestaltung der Bildungsgänge mit dem Ziel der Herstellung der *Kongruenz zwischen Arbeitskräftenachfrage und -angebot*. Berufliche Qualifikationen besitzen insofern funktionale Notwendigkeit: Sie sichern den Anbietern idealtypisch die Verwertbarkeit ihrer Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt und sind gleichzeitig Voraussetzung der Wettbewerbs- und Innovationsfähigkeit von Betrieben, Regionen, Branchen sowie ganzer Volkswirtschaften (vgl. Hilbert/Südmersen/Weber 1990). Insofern können berufliche Bildung und die sie konkretisierende Berufsbildungspolitik an dieser Stelle durchaus als Innovationsmotoren beschrieben werden.

Die Berufsbildungspolitik hat in ihrer Ausgestaltung der beruflichen Bildung insgesamt drei Dimensionen im Blick zu behalten: Neben der *betrieblich-funktionalen*, sind auch die *arbeitsmarktstrukturelle* sowie die *berufsbiographische Dimension* in der Gestaltung der Berufsbildung zu berücksichtigen. Systeme der beruflichen Bildung haben nicht nur die Aufgabe, die ökonomischen Abläufe in den Unternehmen

sicherzustellen, sondern sie müssen die Beschäftigten auch in die Lage versetzen, den gesellschaftlichen Wandel mit zu vollziehen und ihn gleichsam aktiv zu gestalten. *Bildungspolitik* ist insofern immer auch gesellschaftliche Gestaltungspolitik und bezeichnet „(...) die Einflussnahme von überbetrieblichen Akteuren und staatlichen Agenturen zur Durchsetzung von spezifischen Interessen bei der Entscheidungsfindung für Regelungen, die unmittelbar oder mittelbar die Aneignung und Ausübung eines Berufs betreffen“ (Voges 2002: 282). Aufgabe der beruflichen Bildung ist es, die Balance zu halten zwischen den *Bedürfnissen der Arbeitnehmer nach einer arbeitsmarktverwertbaren Berufsbildung* einerseits und dem *Bedürfnis der Arbeitsgeber an verwertbaren Qualifikationen* andererseits (vgl. Becker/Meifort 1998). Das Bildungssystem ist dabei der Bereich, der in systematischer Weise Arbeitsfähigkeiten für den Beruf vermittelt. Während die *Qualifikationsfunktion* des Bildungssystems dazu dient, den Arbeitskräftebedarf in adäquater Weise zu befriedigen, zielt die *Allokationsfunktion* darauf, eine optimale Verteilung des Arbeitskräftepotentials zu gewährleisten. Die *Selektionsfunktion* des Bildungssystems soll hingegen sicherstellen, dass Personen mit dem am besten geeigneten Fähigkeitsprofil ausgewählt werden können. Die *Schutzfunktion* des Bildungssystems besteht demgegenüber darin, einen Beruf gegenüber der Arbeitsmarktkonkurrenz sowohl mit niedrigerem als auch mit gleichem Ausbildungsniveau abzusichern (vgl. Voges 2002: 110). Damit das Bildungssystem die beschriebenen Funktionen wahrnehmen kann, ist eine *Verknüpfung mit dem Berufs- und Beschäftigungssystem* unabdingbar. Wie nachstehende Abbildung 4 zeigt, bestehen darüber hinaus auch vielfältige Wechselbeziehungen zu den Lebens- und Arbeitsbedingungen: So wird ein Beruf oder eine Ausbildung, welche die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Lernenden und der Berufstätigen nicht berücksichtigt, keine Identifikation mit dem Beruf stiften und in der Folge die bekannten Erscheinungen wie Berufsflucht oder Burn-Out fördern.

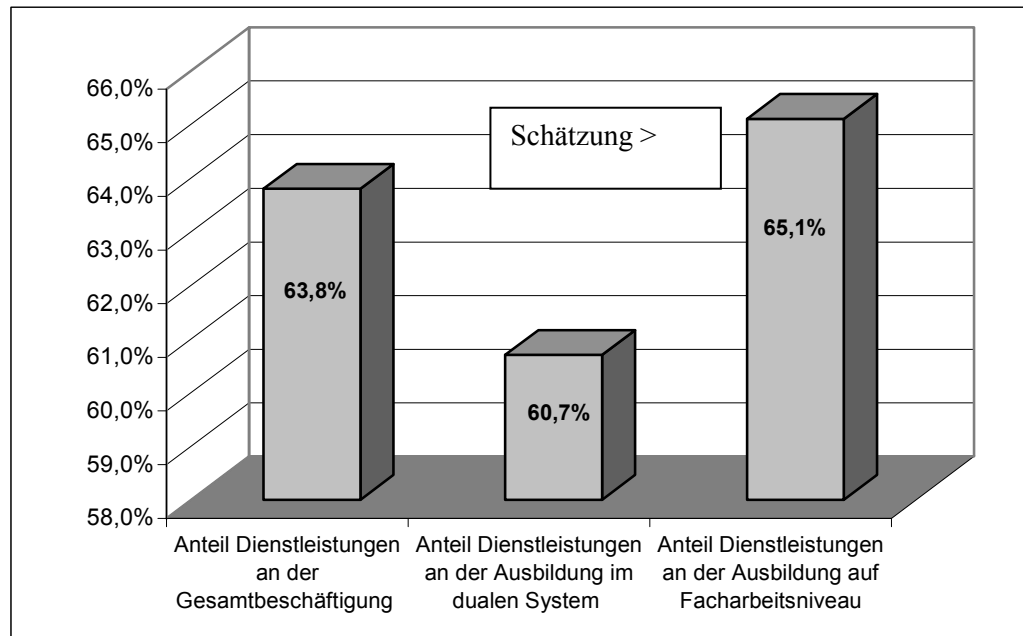
**Abbildung 4: Verknüpfung von Bildungs-, Berufs- und Beschäftigungssystem**



Quelle: Becker 2002: 25

Das Bildungssystem reagiert im Idealfall auf Veränderungen im Berufs- und Beschäftigungssystem, d.h. neue berufliche Anforderungen müssten, wenn auch mit zeitlicher Verzögerung (*time lag*), vom Bildungssystem mit veränderten Qualifikations- und Ausbildungsprofilen beantwortet werden. Die Berufsausbildung in Deutschland erfolgt zum größten Teil im Rahmen des „*dualen Systems*“ auf der Rechtsgrundlage von Ausbildungsordnungen, bei deren Erarbeitung und Durchsetzung Verbände die entscheidende Rolle spielen. Laut Berufsbildungsbericht des Bundesministeriums für Bildung und Forschung haben im Jahr 2002 in Deutschland rund 1.684.700 Jugendliche eine Ausbildung nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) und der Handwerksordnung (HwO) absolviert. Dabei braucht sich die Ausbildung im Dienstleistungssektor, wie nachfolgende Abbildung 5 zeigt, keineswegs zu verstecken: So betrug der Anteil der Dienstleistungsausbildung an der Ausbildung im dualen System rund 60,7 %.

**Abbildung 5: Beschäftigung und Ausbildung im Dienstleistungssektor 2002 (gesamtes Bundesgebiet)**



Quelle: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF); Berufsbildungsbericht 2002; Bundesministerium für Gesundheit (BMG=; PASTA; Daten LDS 2003; eigene Berechnungen

Bezieht man die Ausbildung an den Schulen des Gesundheitswesens außerhalb des dualen Systems noch mit in die Berechnungen ein, dann liegt der Anteil der Ausbildungen im Dienstleistungssektor an den Ausbildungen insgesamt mit über 65 % noch deutlich höher. Kennzeichnend für das duale System der Berufsausbildung ist die Zweigleisigkeit: Der Auszubildende ist einerseits im Betrieb und andererseits in der Berufsschule insgesamt an zwei Lernorten aktiv. Des Weiteren ließe sich dies für die Bereiche der Finanzierung und der verfassungsrechtlichen Ordnungskompetenz nachzeichnen. Eine besondere Rolle spielt in diesem Kontext die Arbeit des *Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB)*. Das BIBB erprobt neue Wege der Aus- und Weiterbildung, modernisiert in Zusammenarbeit mit Arbeitsgebern und Gewerkschaften die betrieblichen Regelungen für Aus- und Weiterbildung, es entwickelt Konzepte für die Qualifizierung und fördert moderne Ausbildungszentren als Ergänzung der betrieblichen Aus- und Weiterbildung. Zu den zentralen Aufgabenfeldern zählen u.a. die sozialwissenschaftlichen Grundlagen der beruflichen Bildung, die Qualifikationsforschung aber auch die Entwicklung beruflicher Standards und Qualifikationen (vgl. unter <http://www.bibb.de>; Hilbert/Südmersen/Weber 1990: 45ff.). Die Vorteile dualer Berufsausbildungen liegen darin, dass durch die Nähe zum zukünftigen Arbeitsplatz bedarfsgerecht ausgebildet wird und sich für die Betriebe Kostenvorteile durch die Mitarbeit realisieren lassen. Zudem erfolgt die Ausbildung auf der Basis überregional verbindlicher Standards. Wie sich an der derzeitigen Diskussion um die Ausbildungsplatzabgabe gut nachvollziehen lässt, ist das System der beruflichen Bildung und die Bereitstellung des „kollektiven Gutes berufliche Qualifikation“ in Deutschland keines-

falls frei von Spannungen, sondern es handelt sich hierbei auch um einen Bereich, on dem einzelwirtschaftliche und kollektive (volkswirtschaftliche- und gesamtgesellschaftliche) Rationalitäten aufeinander treffen.

Angesichts der Ausweitung der personenbezogenen Dienstleistungsarbeit wird die Bildungspolitik in diesem Bereich verstärkt in die Verantwortung gezogen. Die Diskussionen um das Verhältnis zwischen Berufsbildung und Beschäftigungssystem stehen vor allem unter der Frage, welche Anforderungen das Beschäftigungssystem an die Qualifikation der Arbeitskräfte und somit an das System der beruflichen Bildung stellt. Schon seit längerem wird für den Dienstleistungssektor ein *erheblicher Fachkräftebedarf* artikuliert, während dies bis Mitte der 1990er Jahre noch vorwiegend ein Problem in den gewerblich-technischen Berufen war (vgl. Dobischat 1997: 103). Die Forschungen zur Entwicklung und Modernisierung des Dienstleistungssektors wurden bislang jedoch nur unzureichend für die Berufsbildungspolitik in diesem Sektor fruchtbar gemacht (Hilbert/Fretschner 2002: 78). Dies erscheint umso erstaunlicher da die Bereitstellung von Aus- und Weiterbildungsstrukturen, die möglichst nah am realen Bedarf ausbilden und gegebenenfalls die „marktgerechte“ Korrektur des Qualifikationsprofils sicherstellen, neben einem quantitativen Ausbau der Dienstleistungstätigkeiten, zu einer wesentlichen Modernisierungs- und Entwicklungsvoraussetzung der Dienstleistungsgesellschaft wird (vgl. Hilbert/Scharfenorth 1998). Mit der wachsenden Bedeutung von gesundheits- und freizeitbezogenen Dienstleistungen entsteht hier sowohl ein Bedarf an der Modernisierung gewachsener Qualifizierungswege als auch die Notwendigkeit der Schaffung neuer Berufe. Die Probleme, welche derzeit für die berufliche Bildung im Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen diagnostiziert werden, wecken nicht gerade Hoffnungen: Für den Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen ist es in Deutschland bisher selten gelungen duale Ausbildungen und somit auch verbindliche Standards zu etablieren. Dies bringt weitere erhebliche Mängel mit sich (vgl. Hilbert/Scharfenorth 1998; Karsten 2000; Becker/Herd 2000):

- die Ausbildung liegt entweder vollständig in der Kulturhoheit der Länder oder aber in der Hand der einstellenden Instanz;
- die Qualität der Ausbildung ist uneinheitlich;
- das Qualifikationsprofil hinter den Berufsbezeichnungen ist häufig nicht gesetzlich geschützt;
- die für den zweiten Bildungsweg geforderten allgemeinbildenden Fächer entfallen vor allem bei trägerabhängigen Ausbildungen;



- es fehlt jede Brückenfunktion zwischen Erstausbildung und Weiterbildung sowie an insgesamt aufeinander aufbauenden und abgestimmten Berufs- und Bildungswegen.

Betont wird, dass zukünftig vor allem die segmentierten Bildungsbereiche (Berufsbildung, Hochschulbildung, allgemeine und berufliche Weiterbildung) stärker als dies bisher der Fall ist, miteinander verzahnt werden sollten und zu einem kohärenten, transparenten und durchlässigen Gesamtsystem ausgebaut werden sollten: Durchlässige und miteinander verzahnte Bildungspfade, eine transparente und an den konkreten Bedarfen orientierte Angebotslandschaft, die Bereitstellung der institutionellen, zeitlichen und monetären Ressourcen sowie die Implementierung verbindlicher Qualitätsstandards lassen sich idealtypisch als die Elemente eines entsprechenden Aus- und Weiterbildungssystems benennen (Expertenkommission Finanzierung Lebenslangen Lernens 2002: 29). Obwohl der beruflichen Bildung zwar grundsätzlich die Rolle des Innovationsmotors zufällt, erscheint diese jedoch gerade in dem so zukunftssträchtigen Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen als modernisierungsbedürftig. Gerade auch die Berufsbildung in den Gesundheits- und Sozialberufen ist derzeit, wie in Kapitel 4.2. aufgezeigt werden soll, nur begrenzt in der Lage die Balance zwischen den Bedürfnissen der Arbeitnehmer nach einer arbeitsmarktverwertbaren Berufsbildung, eingebettet in ein transparentes und kohärentes System beruflicher Anschlussqualifizierungen und dem Bedürfnis der Arbeitgeber, nach betrieblich-relevanten Qualifikationen adäquat einzulösen. Es scheint vielmehr so, als ob Berufs-, Beschäftigungs- und Bildungssystem in den Gesundheits- und Sozialberufen weitestgehend entkoppelt voneinander agieren.

## **2.6 Zusammenfassung im Hinblick auf die Fragestellung**

Die Debatten um die Entwicklung der Dienstleistungsgesellschaft haben ihren Fokus in den vergangenen Jahren verstärkt auf solche Fragestellungen gerichtet, welche die *Entwicklungsvoraussetzungen* der Dienstleistungsökonomie in den Mittelpunkt ihrer Analysen stellen. Bereits die Theoretiker der Dienstleistungsgesellschaft – allen voran DANIEL BELL und JEAN FOURASTIÉ – haben darauf hingewiesen, *dass die Entwicklung der Dienstleistungsgesellschaft und die Qualifizierung für die Dienstleistungsgesellschaft zwei Seiten einer Medaille sind*. Die Frage nach der Zukunft der Dienstleistungen wird wesentlich darüber entschieden werden, inwieweit es gelingen wird, die *Berufsbildung und Qualifizierung im Dienstleistungssektor* auf die Bewältigung des Spannungsverhältnisses zwischen betrieblich-wirtschaftlichen Anforderungen einerseits und der konsequenten Berücksichtigung der individuellen

Kundenbedarfe andererseits einzustellen. Es gehört zu den Spezifika personenbezogener Dienstleistungsarbeit, dass die Kompetenzen, Qualifikationen und das Wissen der Beschäftigten wesentlichen Einfluss auf die Dienstleistungsqualität haben. Grund zum Optimismus scheint allerdings derzeit weniger gegeben, denn obwohl die Bedeutung der personenbezogenen Dienstleistungen für Lebensqualität, Beschäftigung und Innovation mittlerweile durchaus erkannt wurde, präsentiert sich die Berufsbildung in diesem Bereich in weiten Teilen als rückständig und modernisierungsbedürftig. Dies gefährdet die notwendige Modernisierung personenbezogener Dienstleistungen, da das Bildungssystem in systematischer Weise die notwendigen Qualifikationen für den Beruf vermittelt und insofern wesentlichen Einfluss auf die Innovationsfähigkeit der Beschäftigten wie auch der Unternehmen nimmt. Neben der kontinuierlichen *fachlichen Weiterbildung und Qualifizierung*, werden vor allem die schwerer vermittelbaren *Kommunikations- und Kooperationskompetenzen* im Rahmen eines *Qualifikationsmixes* sowie neue Anforderungen an die Fähigkeiten des Einzelnen zur Selbstorganisation und Flexibilität eingefordert. Ein Dienstleistungsbereich, der in den letzten Jahren verstärkte Aufmerksamkeit auf der Suche nach innovativen Lösungen für Wirtschaft und Beschäftigung gewonnen hat, ist die Gesundheitswirtschaft.

### 3 Die Gesundheitswirtschaft – Von der großen Hoffnung zum Sorgenkind der Dienstleistungsgesellschaft?!

Obwohl das Gesundheitswesen<sup>18</sup> in Deutschland immer wieder im Zentrum zahlreicher Reformbemühungen steht, – zuletzt im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes 2003 – ist in den letzten Jahren verstärkt von der „Gesundheitswirtschaft als Zukunftsbranche“ (Hilbert 2000), der „Gesundheit als *Wirtschaftsfaktor*“ (Henke et al. 2003), dem „Wachstumsmarkt Gesundheit“ (Oberender/Hebborn/Zerth 2003; Herrmann/Verse-Herrmann 1997) oder aber den „Markchancen im Pflege- und Gesundheitswesen“ (Paul-Lempp-Stiftung 1997) zu lesen. Was verbirgt sich hinter diesem *Perspektivwechsel*, wo doch die gängigen Diskussionen um das bundesdeutsche Gesundheitssystem vorwiegend um den Begriff des „*Kostenfaktors*“ kreisen, der aufgrund seiner paritätischen Finanzierung die Entwicklung des Standorts Deutschland auf dem Weg zur internationalen Wettbewerbsfähigkeit zu bremsen scheint? Während in den zahllosen Diskussionsrunden zur Zukunft der deutschen Wirtschaft führende Manager der Automobilbranche zu Worte kommen, sind Vertreter des Gesundheitswesens in solchen Kontexten eher selten anzutreffen. Ausgelöst wurde die öffentliche Diskussion um das *Gesundheitswesen als Zukunftsbranche für Wirtschaft, Beschäftigung und Lebensqualität* nicht zuletzt durch das einflussreiche Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAIG) Mitte der 90er Jahre. Mit Blick auf die besondere Bedeutung des Gesundheitssektors im Wandel von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft heißt es in dem Gutachten:

„Das Gesundheitswesen stellt einen erheblichen Wirtschafts- und Wachstumsfaktor in einer Volkswirtschaft dar. Es dient nicht nur der Erhaltung, Wiederherstellung und Förderung der Gesundheit, sondern trägt mit seinen Dienstleistungen zur volkswirtschaftlichen Wertschöpfung mit den entsprechenden Wirkungen auf den Arbeitsmarkt bei. (...) Abgesehen von intrasektoralen Verschiebungen lässt sich der Gesundheitssektor hinsichtlich Wertschöpfung und Beschäftigung als wahrscheinlicher Wachstumssektor bezeichnen, der wiederum den Trend entwickelter Volkswirtschaften von der Industrie- zur Dienstleistungs- und Informationsgesellschaft zu bestätigen und zu beschleunigen vermag.“ (SVRKAIG 1996: 39)

Die Zuschreibungen des Gesundheitssystems schienen damit einem grundlegenden Wandel unterworfen zu sein: Das Gesundheitswesen wird nicht mehr länger nur als konsumtiver Wohlfahrtssektor, sondern als *Gesundheit, Lebensqualität und Güter produzierender Teil der Volkswirtschaft, jenseits der medizinischen Imperative* wahrgenommen (vgl. Schwartz/Busse 1998: 387). Der *Paradigmenwechsel* vom „Gesundheitswesen als Kostenfaktor“ zum „Gesundheitswesen als Zukunftsbranche“ betont die Rolle des Gesundheitswesens als aussichtsreicher *Wirtschaftssektor*, der Chancen

---

<sup>18</sup> Die Begriffe des Gesundheitswesens, des Gesundheitssystems sowie des Gesundheitssektors werden im Folgenden synonym verwendet.

für einen konjunkturellen Aufschwung, Innovation und Beschäftigung in sich birgt. HARTMANN hat herausgearbeitet, dass diese Entwicklung auch als An- bzw. Auslagerung systemischer Funktionen im Sinne der *Entdifferenzierung des Gesundheitswesens* interpretiert werden kann. So übernimmt das Gesundheitswesen einerseits durch die Zuschreibung von Wachstums- und Beschäftigungspotentialen „klassische“ Funktionen des Wirtschaftssystems, andererseits erfolgt eine Auslagerung von Funktionen derart, dass Gesundheitsdienstleistungen auch außerhalb des klassischen Gesundheitswesens bereitgestellt werden, etwa in Fitnesscentern oder aber in Form integrierter Angebote (z.B. Gesundheitsreisen, Angebote im Bereich betreutes Wohnen) (vgl. Hartmann 2000: 226ff.). Langsam aber sicher setzte sich so die Erkenntnis durch, dass die wirtschaftliche Problematik des Gesundheitswesens weniger in einer Kostenexplosion, sondern vielmehr in einer *Implosion der Einnahmendisposition* aufgrund der wachsenden Arbeitslosigkeit, Frühverrentung etc. zu suchen sei (vgl. Meinhardt/Schulz 2003). Die einseitig geführte Kostendiskussion versperrte lange Jahre den Blick auf die *ökonomischen Chancen* der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen. Das Gutachten des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) zu den ökonomischen Potentialen des Gesundheitssektors fokussiert leider auch reichlich verkürzt, auf die klassischen Gesundheitsmärkte: Erfasst werden neben den Krankenversicherungen und dem Arzneimittelmarkt, lediglich die Marktpotenziale im Kernbereich der ambulanten und stationären Versorgung (vgl. Breyer et al. 2001). Die Gesundheitswirtschaft und ihre Potenziale erschöpfen sich jedoch keineswegs nur in diesen „klassischen“ Versorgungs- bzw. Marktbereichen.

In der Literatur gibt es bislang noch keine allgemeingültige Definition der Gesundheitswirtschaft. Im Zentrum jeden Wirtschaftens steht zunächst die Disposition über relativ knappe Ressourcen (Geldmittel, Rohstoffe, Energie, Personen) zur Bereitstellung von Gütern. Kern der Gesundheitswirtschaft ist die *Bereitstellung von Gesundheitsleistungen*. Grundsätzlich ist zu unterscheiden zwischen dem Gut Gesundheit<sup>19</sup> (als wünschenswertem Endprodukt) und denjenigen Gütern, die darauf ausgerichtet sind ein Bedürfnis nach Gesundheit – sei es Erhalt, Wiederherstellung oder Verbesserung – zu befriedigen. Gesundheitsleistungen umfassen sowohl *Gesundheitsdienstleistungen* als auch *Gesundheitsgüter*: Diagnose-, Therapie- und Rehabilitationsleistungen, wie auch pharmazeutische und medizintechnische Produkte und gesundheitsnahe Leistungen wie Sport- und Wellnessangebote werden hier gleichermaßen angesprochen. Gemeinsam ist ihnen, dass sie darauf abzielen, gesellschaftliche und/oder individuelle *Gesundheitsbedürfnisse* zu befriedigen. Im Zentrum der

---

<sup>19</sup> Gesundheit lässt sich als *meritorisches Gut* charakterisieren, da angenommen werden kann, dass der Konsum bei Marktpreisen, gemessen an den gesellschaftlichen Erfordernissen lediglich unzureichend erfolgt (vgl. Oberender/Hebborn/Zerth: 15)

Gesundheitswirtschaft stehen also alle Handlungen und Aktivitäten, die darauf ausgerichtet sind unter Einsatz knapper monetärer, stofflicher oder personeller Ressourcen Gesundheits(dienst)leistungen zu erzeugen und bereitzustellen, welche der Befriedigung der gesellschaftlichen und/oder individuellen Gesundheitsbedürfnisse dienen und deren Ziel die Produktion des „besonderen Guts Gesundheit“ (Hoffritz 2003) und Lebensqualität ist. Im Gegensatz hierzu ist das *Gesundheitswesen* wesentlich enger definiert als „(...) Gesamtheit der Einrichtungen und Personen, welche die Gesundheit der Bevölkerung fördern, erhalten und wiederherstellen sollen.“ (Beske/Hallauer 1999: 45). Gesundheitswirtschaft erfasst damit mehr als nur die Infrastruktur des Gesundheitswesens im engeren Sinne.

### 3.1 Die Gesundheitswirtschaft: Eine Branche zeigt ihr Profil

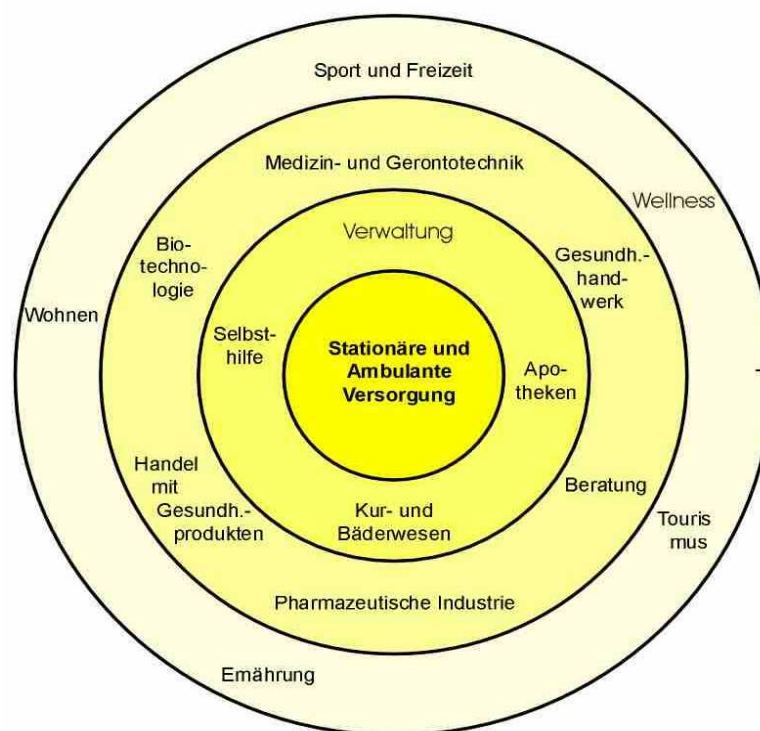
Der Gesundheitssektor hat in den letzten Jahren sein Erscheinungsbild nachhaltig gewandelt: Der klassische und im Wesentlichen vom öffentlichen Gesundheitswesen getragene und überwiegend solidarisch finanzierte Versorgermarkt ist nunmehr zu einem zunehmend auch privat finanzierten *Konsumentenmarkt* geworden. Nicht mehr nur die medizinische Grundversorgung und Intervention im Krankheitsfall steht im Zentrum der (steigenden) Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, sondern auch gesundheitsfördernde und –erhaltende Angebote im Bereich der sog. „Wohlbefindlichkeitsmedizin“ (vgl. Süddeutsche Zeitung vom 02.01.2004) ebenso wie gesundheitsnahe Reise-, Wohn- oder Fitness-Dienste treffen auf zahlungsbereite Nachfrage. Die bisherigen Ausführungen legen es nahe, die Gesundheitswirtschaft nicht entlang der traditionellen Gliederung der Gesundheitssystemforschung<sup>20</sup> zu beschreiben, sondern diese entlang der *Wertschöpfungskette* darzustellen. Basierend auf dem *erweiterten Gesundheitssystembegriff* werden so die *Verflechtungen und Schnittstellen der Gesundheitswirtschaft mit bzw. zu anderen Wirtschaftssektoren* betont (Fretschner/Grönemeyer/Hilbert 2002; Hilbert/Fretschner/Dülberg 2002). Dieses erweiterte Verständnis thematisiert gerade den produktiven Charakter gesundheits- und personenbezogener Dienstleistungen: Nicht mehr nur die personal- und wissensintensiven Kernbereiche der medizinischen Versorgung stehen im Mittelpunkt, sondern auch die kapital-, wissens- und technologieintensiven Zulieferbranchen sowie die

---

<sup>20</sup> Die traditionelle Gliederung der Gesundheitssystemforschung folgt der institutionellen Gliederung des Gesundheitswesens. In dessen Mittelpunkt stehen die ärztlichen Dienstleistungen. Im Weiteren wird unterschieden zwischen der *stationären Versorgung* in Krankenhäusern (inklusive Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen) sowie der *ambulanten Versorgung*, welche in erster Linie in der Bundesrepublik durch die niedergelassenen Ärzte gewährleistet wird. Vom Zentrum der ärztlichen Dienstleistungen aus werden diese dann im ambulanten Sektor durch nicht-ärztliche Gesundheitsdienstleistungen ergänzt. Gemeint sind hiermit Leistungen im Bereich Pflege, Therapie und Arzneimittelversorgung. Entsprechend dieser Einteilung erfolgt also im traditionellen Gesundheitssystembegriff eine Fokussierung ausschließlich auf die Kernbereiche der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung.

Randbereiche und Nachbarbranchen mit ausgeprägten gesundheitlichen Bezügen werden erfasst (Abbildung 6).

**Abbildung 6: Profil der Gesundheitswirtschaft**



Quelle: Hilbert/Fretschner/Dülberg 2002: 6

Das Profil der Branche lässt sich folgendermaßen darstellen: Der *Kernbereich der ambulanten und stationären Versorgung* der Gesundheitswirtschaft beinhaltet stationäre und teilstationäre Altenhilfeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Krankenhäuser<sup>21</sup> ebenso wie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Auch ärztliche und zahnärztliche Praxen sowie die niedergelassenen Praxen der paramedizinischen Berufe etwa der Logopäden, der Physiotherapeuten oder der Ergotherapeuten, zählen zum Kernbereich der Gesundheitswirtschaft. Zu den *Vorleistungs- und Zulieferindustrien* lassen sich neben den so genannten *Health Care Industries* – diese beinhalten sowohl die pharmazeutische Industrie, Unternehmen der Medizin- und Gerontotechnik, der Bio- und Gentechnologie sowie der Biomedizin und der Medizintechnik – auch

<sup>21</sup> Nach § 2 KHG sind Krankenhäuser Einrichtungen, „(...) in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können.“ (vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft 2003: 9). Des Weiteren ist gemäß der Krankenhausstatistik zu unterscheiden zwischen Akutkrankenhäusern (Allgemeine- und Fachkrankenhäuser) sowie den Sonderkrankenhäusern (Psychiatrie, Neurologie etc.) sowie der Trägerschaft nach öffentlichen (kommunale Gebietskörperschaft, Bundesland oder sonstige Körperschaft des öffentlichen Rechts), freigemeinnützigen (religiöser, kirchlicher, humanitärer oder sozialer Träger) und privaten Trägern (private Rechtsform und werden nach ihren Trägern von erwerbswirtschaftlichen Grundsätzen betrieben) (vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft 2003: 11).

Betriebe des Gesundheitshandwerks sowie der Groß- und Facheinzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Produkten zählen.

Wie lässt sich nun die Beziehung der Vorleistungs- und Zulieferindustrien zum Kernbereich der Gesundheitswirtschaft beschreiben? Die Güter und Dienstleistungen, die hier produziert werden gehen als Vorleistungen ausschließlich in den Kernsektor der Gesundheitswirtschaft ein. Diese im Wertschöpfungsprozess vorgelagerten Unternehmen und Einrichtungen produzieren Arzneien, technische Hilfsmittel und Apparaturen, welche dazu beitragen sollen Krankheiten zu verhindern, diese schnell und zuverlässig zu diagnostizieren, zu heilen oder aber durch ihre Anwendung das unmittelbare Leiden der Betroffenen zumindest erträglicher zu gestalten und die Lebensqualität zu erhöhen.

Da die Wachstums- und Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft auch wesentliche Impulse aus den angrenzenden Bereichen erhält, ist es sinnvoll die *Randbereiche und Nachbarbranchen* in das Modell der Gesundheitswirtschaft mit einzubeziehen. Insbesondere durch die Verknüpfung gesundheitsbezogener Dienstleistungen mit Angeboten aus den Bereichen Freizeit, Tourismus oder Ernährung kann zusätzliche Nachfrage und somit auch Wachstumspotential generiert werden. Fitness und Wellness bereichern in Hotels, Bädern, Fitnesscentern und bei Reiseveranstaltern das Angebot mit Anwendungen und Behandlungen, die von Akupressur über Thai Chi bis zum Yoga reichen. Auch Luxus-Betreuung in Krankenhäusern oder Gesundheitsangebote beim Service-Wohnen, vom Notrufsystem bis zum Biomonitoring, können dazu beitragen, zusätzlich private Mittel für den Gesundheits- und Sozialsektor zu mobilisieren (siehe Kapitel 4.1.2.). Quer zu den beschriebenen Sektoren liegen des Weiteren Unternehmen und Einrichtungen aus den Bereichen *Wissenschaft, Forschung* und *Entwicklung* sowie *Aus- und Weiterbildungsinstitutionen*, welche sich ausschließlich oder aber teilweise mit gesundheitsrelevanten Themen beschäftigen. Zwar sind diese im oben dargestellten Modell der Gesundheitswirtschaft explizit nicht erfasst; sie können gemäß der Wertschöpfungsorientierung des Modells jedoch durchaus als Zulieferer verstanden werden. Das Modell liefert insgesamt eine geeignete Systematik, mit welcher die Gesundheitswirtschaft dargestellt werden kann. Sowohl die Unternehmen und Beschäftigung *innerhalb* der einzelnen Bereiche können abgebildet und beschrieben werden, als auch die Verknüpfungen und *Wechselwirkungen zwischen* den Bereichen.

In den letzten Jahren hat das Konzept der *Kompetenzfelder* in der regionalen wie auch in der kommunalen Wirtschaftsförderung wachsende Beliebtheit erlangt (vgl. Grote

Westrick/Rehfeld 2003): Vor dem Hintergrund der Verbesserung der regionalen Innovationsfähigkeit wird die Bedeutung von regionalen Netzwerken und Standortverbünden für den wirtschaftlichen Erfolg von Regionen zunehmend virulent, wie etwa das kalifornische Silicon Valley, der Hightech-Standort Cambridge in Großbritannien oder die „Autovision“ im niedersächsischen Wolfsburg belegen. Standortverbünde versprechen eine höhere Produktivität, sparen Transaktionskosten, verkürzen Liefer- und Absatzwege und bilden die Basis für einen organisierten Informations- und Wissensaustausch um nur einige Punkte zu nennen. Grundlage für die Konjunktur der Kompetenzfelder im Rahmen der regionalen Wirtschafts- und Strukturpolitik ist nicht zuletzt ein *verändertes Innovationsverständnis*: Nicht mehr nur der Unternehmer Schumpeterscher Prägung gilt als die Keimzelle von Innovationsaktivitäten, sondern *Innovationen gelten als das Resultat von Interaktionen* an denen eine Vielzahl von Personen, Unternehmen und auch Branchen beteiligt sind (Rehfeld 2003: 47). So wurde die Gesundheitswirtschaft vom Ministerium für Wirtschaft und Arbeit des Landes NRW als Kompetenzfeld für das Ruhrgebiet definiert (vgl.: <http://www.ruhrpakt.de/kompetenzfelder/index.html>). Die Überzeugung, dass sich die Gesundheitswirtschaft als Gestaltungsfeld für die Regionalentwicklung eignet, setzt sich zunehmend durch: Immer neue Regionen streben danach, sich zu Gesundheitswirtschaftsregion zu entwickeln mit dem Ziel, ihrer Wirtschaft, Beschäftigung und der Lebensqualität der ansässigen Bevölkerung neue Impulse zu verleihen (vgl. Preusker 2003: 57). Das Gesundheitswesen leistet insgesamt einen bedeutsamen Beitrag zur regionalen Wirtschaftsförderung, sowohl direkt als Investor als auch indirekt als Nachfrager von Gütern und Dienstleistungen. In NRW sind es vor allem die Region *Ost-Westfalen-Lippe* (vgl. Fretschner et al. 2003), das *Ruhrgebiet* (vgl. Hilbert 2003) aber auch *einzelne Kommunen* wie Essen („Essen forscht und heilt“) oder Dortmund, welche sich als Gesundheitsregionen international profilieren wollen (vgl. Dahlbeck et al. 2004). Obwohl die Potentiale der Gesundheitswirtschaft zunehmend erkannt und die regionalen Kompetenzen in diesem Feld in Gemeinschaftsinitiativen zur Gesundheitswirtschaft konzentriert werden, bleibt noch viel zu tun: Vor allem das *Zusammenspiel zwischen den Sektoren* gilt es zukünftig zu verbessern, um die derzeit noch brachliegenden Potentiale für wirtschaftliches Wachstum und Beschäftigung zu nutzen (vgl. Heinze/Streeck 2000).

### **3.2 Zur wirtschaftlichen Bedeutung des besonderen Produktes „Gesundheit“**

Gesundheitsleistungen können in mehrfacher Hinsicht zum wirtschaftlichen Wachstum beitragen: Einerseits über den *direkten Beitrag der Gesundheitsleistungen zum*



*Bruttoinlandsprodukt* und den Ausbau von Beschäftigung sowie andererseits *indirekt über die Nutzung der durch die Arbeitsplätze in der Gesundheitswirtschaft erwirtschafteten Einkommen zum Konsum*. Auch im Rahmen der *Förderung der Leistungsfähigkeit der Beschäftigten in der Gesamtwirtschaft* etwa durch Programme, welche auf die Prävention am Arbeitsplatz oder auf die *Work-Life Balance* abzielen, leisten Gesundheitsleistungen wirtschaftliche Effekte. Zur Veranschaulichung: Der Fehlzeiten Report 2003 des wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), erstellt in Zusammenarbeit mit der Universität Bielefeld, beziffert die volkswirtschaftlichen Kosten, welche sich alleine aufgrund psychischer Erkrankungen am Arbeitsplatz ergeben, auf rund 4 Mrd. Euro. Psychische Erkrankungen gelten mittlerweile als die vierthäufigste Ursache für Fehlzeiten in deutschen Unternehmen. Übrigens: Den höchsten Krankenstand hat nach Aussage der Studie die öffentliche Verwaltung (6,1 %) und das Baugewerbe (5,9 %) zu verzeichnen. Demgegenüber sind die Krankenstände in den Dienstleistungsbranchen Banken, Versicherungen (3,6 %) und Handel (4,8 %) deutlich geringer. Im Vergleich der Bundesländer waren Berlin (6,5 %), Hamburg (6,4 %) und Bremen (6,2 %) die Spitzenreiten bei den Krankenständen (vgl. Badura/Schellschmidt/Vetter 2004).

In seinem Buch „Der sechste Kondratieff“ vertritt LEO A. NEFIODOW die These, dass der Bereich der „*psychosozialen Gesundheit*“ der gemeinsame Nenner des zukünftigen Kondratieffzyklus sein wird. Psychosoziale Gesundheit stellt in diesem Kontext eine *Basisinnovation* dar, die als Grundlage für den nächsten langfristigen Konjunkturaufschwung dient (Nefiodow 1996). Folgerichtig dürfte der Gesundheitssektor durch die folgenden angebots- und nachfrageseitigen Entwicklungsdeterminanten von dem nächsten Innovationssprung in besonderem Maße profitieren (vgl. Hilbert/Fretschner/Dülberg 2002: 10ff; Potratz/Hilbert 2003; Breyer et al. 2001):

- der *soziodemographische Wandel*, vor allem die Individualisierung und Pluralisierung der Lebensführung einerseits und das Altern der Gesellschaft sowie die Zunahme multimorbider Krankheitsbilder andererseits, lassen den gesundheitsbezogenen Unterstützungsbedarf steigen;
- der medizinische, der medizinisch-technische sowie der technische, pflegewissenschaftliche und organisatorische *Fortschritt* führen zu *Produkt – und Prozessinnovationen*, welche neue Möglichkeiten der Gesunderhaltung, der Diagnose, der medizinischen Intervention im Sinne der Heilung und Pflege schaffen sowie neue, integrative Formen der (Arbeits-) Organisation in Einrichtungen des Gesundheitssektors ermöglichen. Diese Innovationen führen

zu deutlichen Produktivitätssteigerungen und Kostensenkungen und können in der Folge die Nachfrage nach den Gesundheitsprodukten erhöhen;

- sich ändernde individuelle Lebensentwürfe, Werte und Präferenzen verändern die Wahrnehmung und den Umgang mit den Gütern Gesundheit und Lebensqualität und erhöhen in der Folge auch die Bereitschaft breiter Bevölkerungsschichten für gesundheitsbezogene Angebote *zusätzlich private Mittel* aufzuwenden;
- zudem wächst die Nachfrage im *Bereich hybrider Gesundheitsprodukte*, die nicht nur der Gesunderhaltung oder Heilung sondern gleichzeitig auch ein mehr an Wellness, Erlebnis und Lifestyle versprechen.

Die Gesundheitswirtschaft war bereits vor einigen Jahren neben der Automobilindustrie der größte Wirtschaftsbereich in Deutschland (vgl. Hermann/Verse-Hermann 1997: 11). Nach eigenen Angaben hat die Automobilbranche im Jahr 2002, einschließlich der Zulieferbetriebe, einen Gesamtumsatz von rund 202 Mrd. Euro erwirtschaftet und etwa 735.000 Menschen beschäftigt. Zum Vergleich: In der Gesundheitswirtschaft waren nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2002, mehr als vier Millionen Menschen tätig, wobei die Branche im gleichen Jahr einen Inlandsumsatz von rund 220 Mrd. Euro erwirtschaftete (vgl. KMA 02/2004: 14).

**Tabelle 7: Prognose zur Marktentwicklung im Gesundheitswesen 1995-2020**

	1995	2000	2003	2020
Umsatz in jeweiligen Preisen (Mrd. Euro)	149,9	167,8	184,3	295,5
Erwerbstätige (in Tausend)	3.278	3.765	4.003	4.661
Produktivität (1000 Euro/Erwerbstätigen)	31,3	31,1	33,6	43,7

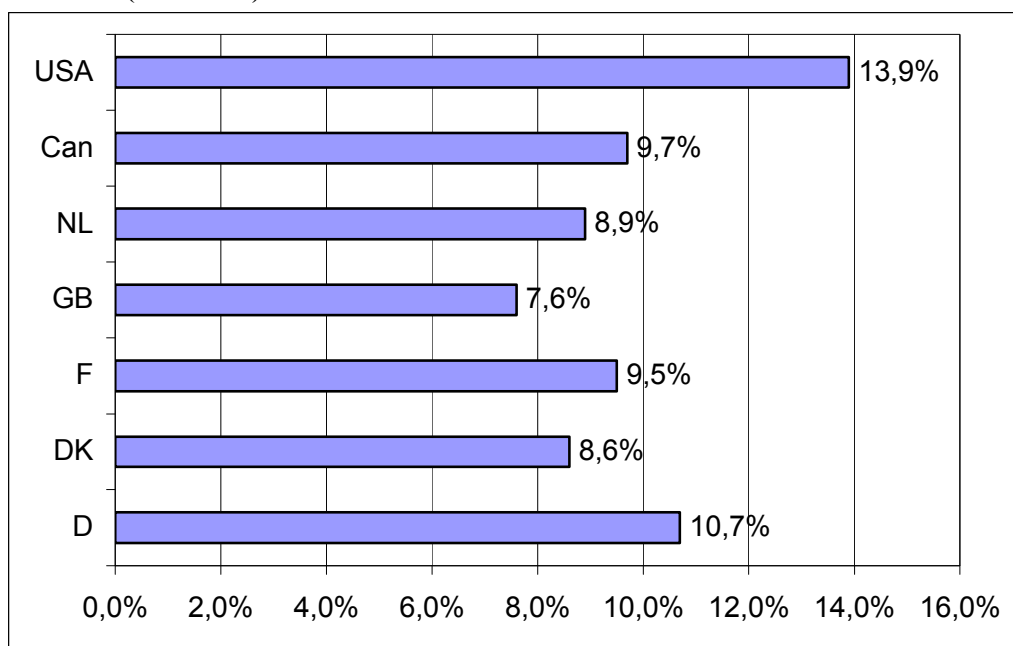
Quelle: KMA 02/2004: 18

Damit ist das Gesundheitswesen nicht nur in punkto Beschäftigung heute weitaus bedeutender als die Automobilindustrie, sondern auch hinsichtlich ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, braucht sich die Gesundheitswirtschaft keineswegs zu verstecken. Vorhersagen des PROGNOSE-INSTITUTS zur *Marktentwicklung im Kernbereich des Gesundheitswirtschaft* (Tabelle 7), prognostizieren auch für die Zukunft einen weiteren deutlichen Anstieg der Umsätze sowie der Beschäftigung bei steigender Produktivität. Die nachfolgende Abbildung 7 verdeutlicht noch einmal die herausragende Rolle des Wirtschaftsfaktors Gesundheit im Vergleich der OECD-Länder: Die USA hat mit 13,9 %, gefolgt von Deutschland mit 10,7 %<sup>22</sup>, die höchste *Gesundheitsausgabenquote* im Jahr 2001 zu verzeichnen. In den weiteren betrachteten Län-

<sup>22</sup> Seit 1992 ist der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP damit um 0,6 Prozentpunkte gestiegen (vgl. Statistisches Bundesamt 2002)

dem variiert die Quote jeweils zwischen acht und zehn Prozent, mit Ausnahme Großbritanniens, welche mit 7,6 % einen deutlich geringeren Wert zu verzeichnen hatte.

**Abbildung 7: Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP im internationalen Vergleich im Jahr 2001 (in Prozent)**

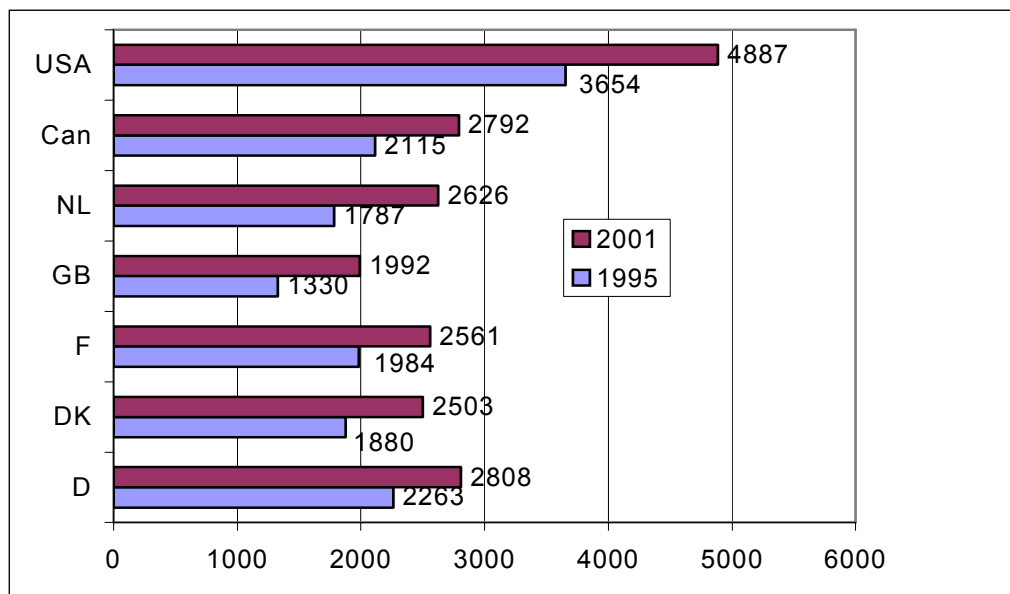


Quelle: OECD Health DATA 2003 (<http://www.oecd.org>)

Die Differenzen in der Gesundheitsausgabenquote variieren nicht zuletzt auch mit der jeweiligen Organisation der nationalen Gesundheitssysteme. Während im Rahmen des Nationalen Gesundheitsdienstes in Großbritannien (National Health Service; NHS) fast die gesamte ambulante und stationäre medizinische Versorgung aus dem Steueraufkommen finanziert wird (*Single-Payer-System*), wird in den USA im Gegensatz hierzu das Gesundheitssystem überwiegend privat finanziert. Nicht nur der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP, sondern auch die *absoluten Ausgaben für Gesundheit*, sind in den letzten Jahren in allen betrachteten OECD-Ländern deutlich angestiegen. Die höchsten Pro-Kopf Ausgaben für Gesundheit haben hier wiederum die USA, gefolgt von der Bundesrepublik Deutschland vorzuweisen (Abbildung 8). Betrachtet man die Steigerung der Gesundheitsausgaben im Zeitverlauf 1995 bis 2001, dann konnten die USA (+ 1233 US \$) sowie die Niederlande (+ 839 US \$) die höchsten Zuwächse verzeichnen. In diesem Zusammenhang wird immer wieder darauf hingewiesen, dass die Ausgabenhöhe nicht über den erzielten Output entscheidet. Misst man die Lebensqualität und die Qualität der Gesundheitsversorgung über den Indikator der durchschnittlichen mittleren Lebenserwartung, dann zeigt sich kein Zusammenhang der Art „Je höher die Gesundheitsausgaben, desto höher die Lebenserwartung“ (vgl. OECD Health DATA 2003). Auch ökonometrische Berechnungen zeigen, dass ein

direkter Zusammenhang zwischen Gesundheitsausgaben und Lebenserwartung nicht gemessen werden kann (vgl. Breyer 2003).

**Abbildung 8: Entwicklung der Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich 1995-2001 (pro Kopf in US \$ Kaufkraftparität)**



Quelle: OECD Health DATA 2003 (<http://www.oecd.org>)

Sowohl das grundlegende Verständnis von Gesundheit als auch die individuelle Einstellung gegenüber der eigenen Gesundheit haben sich im Laufe der letzten Jahre nachhaltig gewandelt: *Gesundheit wird zunehmend zu einem Thema auch für Gesunde*, wie sich nicht zuletzt an der wachsenden Bedeutung von Präventions<sup>23</sup>-, Wellness- und sportbezogenen Freizeitangeboten nachvollziehen lässt. Im Rahmen der von den Wirtschaftsberatern Deloitte & Touche GmbH durchgeführten Studie zum deutschen Fitnessmarkt konnte zum einen aufgezeigt werden, dass sich die *Mitgliederzahlen* von Fitnessclubs zwischen 1990 und 2001 mehr als verdreifacht haben. Auch für die Zukunft wird mit einem weiteren Zuwachs an Mitgliedern zu rechnen sein. So prognostiziert die Studie einen Zuwachs von rund 5,4 Mio. Mitgliedern im Jahr 2001, auf 6,8 Mio. Mitgliedern im Jahr 2005 (vgl. Deloitte & Touche 2002). Im Rahmen ihrer Studie zum Fitnessmarkt in Deutschland konnten KAMBEROVIC/SCHWARZE (1999) im Verlauf der 90er Jahre zudem eine steigende *Zahl von Fitnesscentern* von 4.500 im Jahr 1991, auf 5.700 im Jahr 1997 sowie deutliche *Umsatzsteigerungen* von 1,9 Mio. DM auf rund 3,6 Mio. DM im selben Zeitraum nachweisen.

<sup>23</sup> Dem Thema „Prävention“ wird auch im Bereich Wissenschaft und Forschung mittlerweile verstärkte Beachtung geschenkt, wie der eigens eingerichtete Förderschwerpunkt „Prävention“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) verdeutlicht (vgl.: <http://www.bmbf.de/research> am 8.03.2004).

Gesundheit ist mehr als ein Zustand, welcher sich durch die bloße Abwesenheit von Krankheit kennzeichnen lässt. So basiert das Gesundheitsverständnis der WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO) auf einem *umfassenden, wenn auch nicht unumstrittenen Gesundheitsbegriff*<sup>24</sup>. Dieser beschreibt Gesundheit als individuell erlebtes physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden:

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“

Wie Menschen Gesundheit erleben, was sie mit Gesundheit assoziieren und wie Gesundheit konsumiert wird, kann folglich individuell sehr unterschiedlich ausfallen und ist nicht zuletzt von dem jeweiligen soziokulturellen Hintergrund abhängig. Faktoren wie Lebensphase, Alter und soziale Herkunft, Bildungsgrad ebenso wie Geschlecht und Erziehung prägen wesentlich das Gesundheitsverständnis des Einzelnen und beeinflussen in der Folge auch die Nachfrage. Daraus folgt eine gewisse „Unbestimmtheit“ des Gutes Gesundheit und somit die Notwendigkeit, Gesundheitsleistungen in enger Beziehung zum Kunden und seinen individuellen Bedürfnissen zu definieren. Die Gleichzeitigkeit des Konsums von Gesundheitsleistungen und der Produktion von Gesundheit entspricht dem *uno-actu-Prinzip*. Gesundheitsleistungen besitzen somit die Rolle der Produktionsfaktoren von Gesundheit (vgl. Oberender/Hebborn/Zerth 2001: 14f.). Deutlich wird: Die wachsende ökonomische Bedeutung des Gutes „Gesundheit“ ergibt sich einerseits aus einer überwiegend soziodemographisch bedingten Ausweitung der Nachfrage nach Gesundheitsprodukten „unterschiedlichster Couleur“ und andererseits durch angebotsseitige Entwicklungen, welche im Wesentlichen auf die Leistungsausweitung und Leistungs differenzierung zur Befriedigung der heterogenen Kundenbedarfe zielen.

### **3.3 Beschäftigung und Ausbildung in der Gesundheitswirtschaft – Eine Bestandsaufnahme**

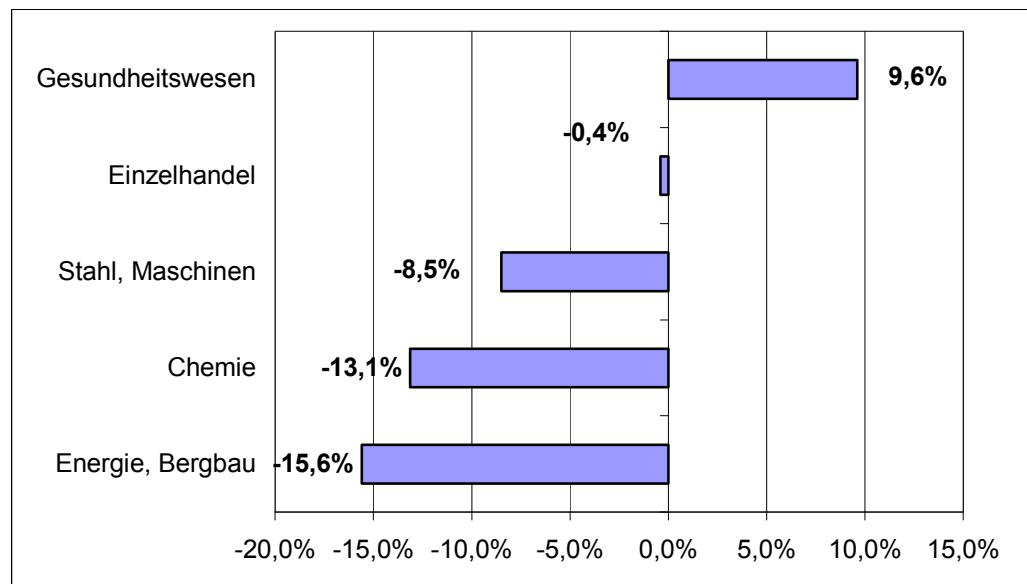
Die Gesundheitswirtschaft gehört als überaus personalintensiver Teil des Dienstleistungssektors mit ihren rund 4,1 Mio. Beschäftigten (vgl. Stat. BA 2003 a) bundesweit zu den wenigen Wachstumsbranchen der letzten Jahre. Mehr noch: *Entgegen dem Trend der Gesamtwirtschaft* wächst die Zahl der in der Gesundheitswirtschaft Beschäftigten. Während die industriell geprägten Beschäftigungsfelder Stahl, Chemie, Energie und Bergbau ebenso wie der Einzelhandel in den letzten Jahren deutliche Beschäftigungseinbußen zu verzeichnen hatten, konnte die Gesundheitswirtschaft binnen

---

<sup>24</sup> So wird als ein wesentlicher Kritikpunkt immer wieder betont, dass nach dieser Definition eigentlich jede Person als krank eingestuft werden kann.

weniger Jahre einen Zuwachs der Beschäftigung um 9,6 % verbuchen (Abbildung 9). Etwa jeder zehnte Erwerbstätige in Deutschland ist derzeit in der Gesundheitswirtschaft beschäftigt. Im internationalen Vergleich präsentiert sich die Beschäftigung innerhalb der Branche damit auf einem hohen Niveau<sup>25</sup>. Die herausragende Bedeutung der Gesundheitswirtschaft als zentraler Bereich der Dienstleistungsökonomie und als „heimliche Heldin“ des Strukturwandels in der Bundesrepublik, zeigt sich besonders deutlich im Ruhrgebiet: In den letzten zwanzig Jahren sind allein in dieser Region im Bereich der gesundheitsbezogenen und sozialen Dienstleistungen ca. 105.000 neue Arbeitsplätze entstanden (vgl. Hilbert/Rohleder/Roth 2001). Mit ihren derzeit rund 280.000 Beschäftigten ist die Gesundheitswirtschaft damit zum beschäftigungsintensivsten Bereich der Ruhr-Region avanciert.

**Abbildung 9: Beschäftigungsentwicklung ausgewählter Branchen 1993-1996 (in Prozent)**



Quelle: Oberender/Zerth (2001): 43, eigene Darstellung

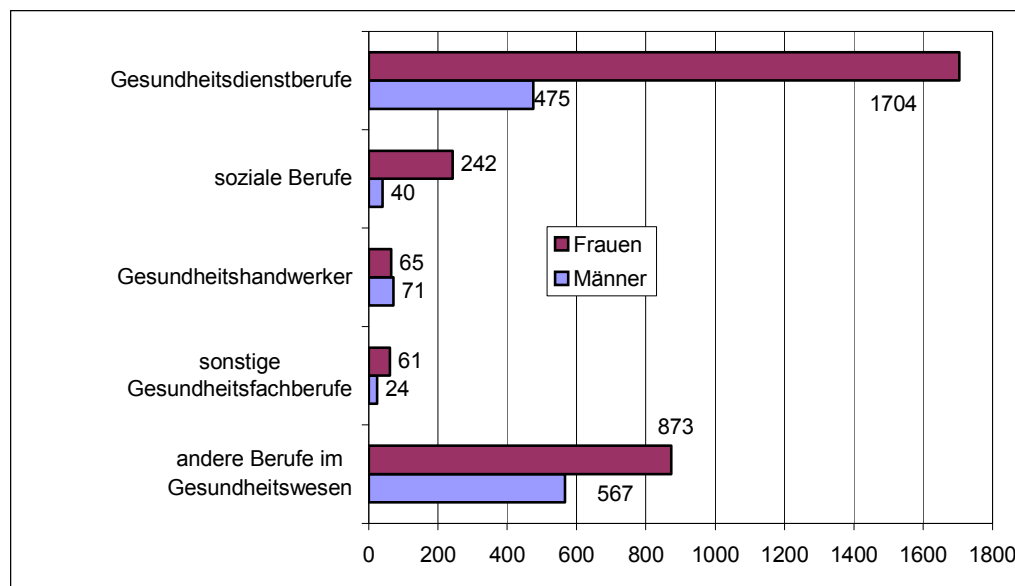
Berechnungen des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit (IAB) zufolge sind ca. 12 Prozent der 2,15 Mio. Betriebe in Deutschland in Sparten der Gesundheitswirtschaft tätig (vgl. Gewiese 2002). Im Jahr 2001 waren ca. 3,8 Mio. Menschen (dies entspricht 93,1 % aller in der Gesundheitswirtschaft Beschäftigten) im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft tätig. In den *Vorleistungs- und Zulieferindustrien* gingen knapp 283. 000 Personen einer Beschäftigung nach (vgl. Stat. BA 2003).

<sup>25</sup> Zu einem detaillierten internationalen Vergleich der Beschäftigungsunterschiede in ausgewählten Gesundheitssystemen der EU, siehe: Schneider et al. 2002.

### 3.3.1 Beschäftigungsentwicklung nach Berufsgruppen

Die größte Berufsgruppe der Gesundheitswirtschaft bilden derzeit die Beschäftigten in den *Gesundheitsdienstberufen* der ambulanten und stationären sowie der teilstationären Versorgung, also eben jene Personen, die in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig sind (Abbildung 10). Mit 52,9 % bzw. 2,2 Mio. Erwerbstätigen, übten im Jahr 2002 mehr als die Hälfte der Beschäftigten im Gesundheitswesen einen sog. *Gesundheitsdienstberuf* aus, wobei der hohe Frauenanteil dieser Berufsgruppe mit 78,2 % den Anteil der weiblichen Beschäftigten im Gesundheitswesen insgesamt (71,5%) übertraf. Zu den Gesundheitsdienstberufen zählen sowohl Ärztinnen und Ärzte, Krankenschwestern und -pfleger sowie Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker. Nicht erfasst werden hingegen die Altenpflegerinnen und -pfleger. Sie zählen statistisch zu den sozialen Berufen des Gesundheitswesens.

**Abbildung 10: Gesundheitspersonal 2001 nach Berufsgruppen und Geschlecht (in Tausend)**



Quelle: Statistisches Bundesamt (2003); eigene Darstellung

Die zweitgrößte Gruppe der Beschäftigten stellten die sog. „*anderen Berufe des Gesundheitswesens*“. Hierunter sind all jene Berufe zu subsumieren, die nicht den Gesundheitsdienstberufen, den sozialen Berufen, den Gesundheitshandwerkern<sup>26</sup> und den sonstigen Gesundheitsfachberufen zugeordnet sind: Reinigungs- und Küchenpersonal in Krankenhäusern, Kurierdienste der Apotheken sowie Handwerker, deren Arbeitgeber Einrichtungen des Gesundheitswesens sind (vgl. Abbildung 10). Die Entwicklung der wichtigsten Beschäftigtengruppen im Zeitverlauf (1997 bis 2001) ergibt folgendes Bild: Während bei den „Gesundheitshandwerkern“, den „sonstigen Gesundheitsfachberufen“ und den „anderen Berufen im

<sup>26</sup> Augenoptiker, Zahntechniker oder Orthopädiemechaniker sind hierunter gefasst.

Gesundheitswesen“ ein Rückgang der Beschäftigten zu verzeichnen war, hat sich die Zahl der Beschäftigten in der unmittelbaren Patientenversorgung und den sozialen Berufen (auch Altenpflegerinnen und -pfleger) erhöht: Insgesamt haben zwischen 1997 und 2001 rund 93.000 Personen eine neue Beschäftigung in einem Gesundheitsdienstberuf gefunden. Dies entspricht einer Wachstumsrate von 4,5 % innerhalb des zugrunde gelegten Zeitraums. Im Jahr 2001 waren in den Einrichtungen, insbesondere beim Haus- und Reinigungspersonal, gegenüber 1997 rund 137.000 Personen weniger beschäftigt, was einer relativen Abnahme der Beschäftigtenzahl um 8,7 % entspricht (vgl. Stat. BA 2003).

Der Beschäftigungsrückgang der „anderen Berufe im Gesundheitswesen“ ist im Wesentlichen auf sog. *Outsourcing-Prozesse* zurückzuführen, bei welchen einzelne Unternehmensbereiche und Prozesse der Leistungserstellung an externe Dienstleister ausgelagert werden. Dies hat zur Folge, dass die Beschäftigten dieser Dienstleistungsanbieter statistisch gesehen nicht mehr im Rahmen der Gesundheitspersonalrechnung erfasst werden. Die Outsourcing-Effekte werden von Seiten der Anbieter u.a. dadurch begründet, dass sich durch die Auslagerung des Krankenhauspersonals aus den Tarifstrukturen des Bundesangestelltentarifs (BAT) deutliche Kostenvorteile realisieren lassen. So sind beispielsweise Reinigungskräfte im Rahmen des BAT um ein Drittel teurer als Reinigungskräfte außerhalb dieses Tarifbereichs. In einer Pressekonferenz am 16.09.2002 in Berlin haben die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA), der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) gemeinsam die Modernisierung des öffentlichen Tarifrechts sowie einen Spartentarifvertrag für Krankenhäuser gefordert. Die beteiligten Verbände bekräftigten ihre auch bereits einzeln geäußerte Auffassung, dass der BAT in der heutigen Fassung für die Krankenhäuser als Wirtschaftsunternehmen im Wettbewerb zunehmend ungeeignet sei. Insbesondere die *Förderung der Leistungsorientierung*, die *Schaffung flexibler Arbeitszeitregelungen* und eine *Rücknahme der Regelungsdichte* werden angestrebt. Die Suche nach neuen, *leistungsbezogenen Entgeltsystemen* jenseits des BAT wird voraussichtlich in den Krankenhäusern auch in den nächsten Jahren ein vieldiskutiertes Thema sein.

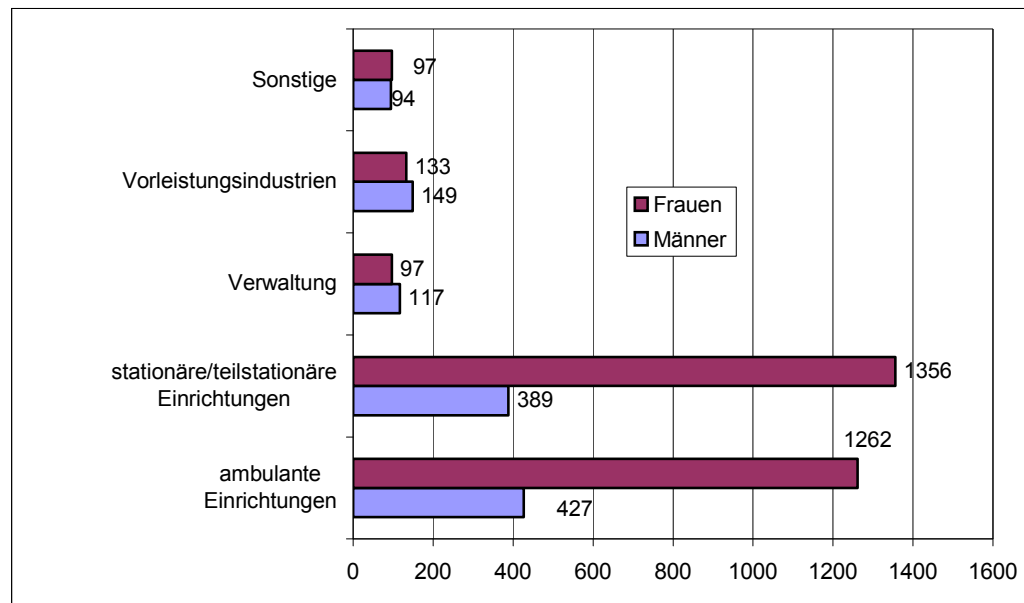
### **3.3.2 Beschäftigungsentwicklung nach Einrichtungen**

Die Zuordnung der Beschäftigten zu den Einrichtungstypen der Gesundheitswirtschaft (vgl. Abbildung 11) zeigt eine Konzentration der Beschäftigung vor allem auf die ambulanten (Praxen, Apotheken, ambulante Pflege etc.), stationären sowie teilstationären Einrichtungen (Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, stationäre und teilstationäre Pflege etc.). Im Zeitverlauf weist die



Beschäftigungsentwicklung in den ambulanten und stationären Einrichtungen der Gesundheitsversorgung einen interessanten Verlauf auf: Waren 1997 noch mehr Personen (+ 111.000) in den ambulanten Einrichtungen als in den stationären oder teilstationären Einrichtungen beschäftigt, so hat sich dieses Verhältnis bis zum Jahr 2001 nahezu umgekehrt. Vor allem in den Arztpraxen, den Zahnarztpraxen und im Gesundheitshandwerk /-einzelhandel waren starke Beschäftigungsabnahmen zu verzeichnen (-110.000 Personen). Dies kann vor allem auf den steigenden Kostendruck, die Zusammenführung einzelner Praxen, insbesondere im Bereich der Allgemein- und praktischen Ärzte zu Gesundheitszentren und Praxisgemeinschaften und den dadurch bedingten Beschäftigungsabbau zurückgeführt werden (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2002). Zudem können viele Praxen nach dem altersbedingten Berufsaustritt der niedergelassenen Ärzte nicht mehr innerhalb der Familie oder an andere Interessenten weitergegeben werden, so dass es nicht selten zu Praxisschließungen und damit auch zum Personalabbau kommt.

**Abbildung 11: Gesundheitspersonal 2001 nach Einrichtungen und Geschlecht (in Tausend)**



Quelle: Statistisches Bundesamt (2003); eigene Darstellung

Die Beschäftigungsentwicklung ausgewählter *Personalgruppen in Krankenhäusern* verdeutlicht neben den Beschäftigungsvolumeneffekten der Gesamtbranche auch die Beschäftigungsstruktureffekte in den Einrichtungen (siehe Tabelle 8). „Gewinner“ der Beschäftigungsentwicklung waren insbesondere das Personal des Pflegedienstes und des ärztlichen Dienstes. Die Entwicklung der Berufe „Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen, Säuglings-, Kinderkrankenschwestern und -pfleger“ (BO 853) im Berufsfeld „Personenbezogene und soziale Dienstleistungen“ seit Anfang der 90er Jahre im Rahmen der Erwerbstätigenstatistik der Bundesanstalt für Arbeit, relativiert

demgegenüber das positive Bild der Beschäftigungsentwicklung ein wenig: Während sowohl die Rehabilitationsberufe (BO 852: +47%) als auch die sozialpflegerischen Berufe (BO 861: + 50%) Trends der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung aufweisen konnten, die über die generellen Entwicklungen im Berufsfeld hinausgehen, konnte vor allem der Beruf der „Krankenpflege“ keine überdurchschnittlichen Entwicklungstendenzen, sondern nur leichte Steigerungen aufzeigen (+1%) (vgl. auch: <http://www.pallas.iab.de>). Deutlich rückläufig entwickelten sich im Beobachtungszeitraum hingegen die Zahlen zur Beschäftigung von Krankenpflegehelfer/innen und des „sonstigen Personals“. Die *These eines zunehmenden skill mixes in den Einrichtungen* – hier verstanden als der Zuwachs an geringer qualifizierten Mitarbeitern (Krankenpflegehelfer/-innen) – kann anhand dieser Zahlen zumindest für den Krankenhaussektor nicht aufrechterhalten werden. Wie sich die Beschäftigung von geringer Qualifizierten in den Einrichtungen zukünftig entwickeln wird oder entwickeln sollte, ist derzeit nicht endgültig geklärt.

**Tabelle 8: Beschäftigungsentwicklung ausgewählter Personalgruppen im Krankenhaus (1991-2001)**

		Pflegedienst		Sonstiges Personal	
Jahr	Ärzte	Krankenpfleger /-schwestern (inkl. Kinderkrankenpfleger/-schwestern)	Krankenpflegehelfer /-innen	Wirtschafts-, Hauspersonal, Technischer Dienst	Schüler
1991	99.548	270.768	32.312	186.678	89.177
1995	104.552	308.919	37.736	166.489	88.841
2001	114.930	314.857	22.740	131.937	78.117
Veränderung in %	15	16	-30	-29	-12

Quelle: Statistisches Bundesamt 2003a.

Einerseits wird vor einer erneuten Zunahme der Arbeitsteilung, im Sinne der *Taylorisierung der Arbeitsabläufe* in den Krankenhäusern und einem damit verbundenen Rückschritt in dem Professionalisierungsprozess der Pflege durch die Einstellung geringer qualifizierter Pflegekräfte gewarnt. So hat die Präsidentin des Deutschen Pflegerates (DPR) – Marie Luise Müller – im Rahmen einer Stellungnahme ihres Verbandes den Vorschlag, zukünftig verstärkt Langzeitarbeitslose in der Pflege einzusetzen, deutlich kritisiert mit dem Verweis auf die notwendigen fachlichen und kommunikativen Kompetenz sowie die starke Alltagsbelastung der Pflegenden (vgl. <http://www.deutscher-pflegerat.de>). Bei dem Vorschlag handelte es sich allerdings auch insofern um keine ernstzunehmende Idee, als dass die Beschäftigung im Bereich der sozialen Arbeit kaum zwangsweise verordnet werden sollte, sondern vielmehr, wenn von den betroffenen Arbeitslosen gewünscht, nach geeigneten Wegen der

Qualifizierung im Zusammenspiel mit den entsprechenden Verbänden gesucht werden sollte.

Festzuhalten jedoch bleibt: Gerade für arbeitslose Menschen mit niedrigen Ausgangsqualifikationen könnten in der Pflege durchaus Beschäftigungschancen generiert werden. So könnten etwa patientenferne Tätigkeiten (etwa Reinigungstätigkeiten, Essensausgabe etc.) an Beschäftigte mit geringeren Ausgangsqualifikationen übertragen werden, was wiederum zur Reduktion der Arbeitsbelastung aller Beschäftigten führen kann und somit der Professionalisierung (siehe Kapitel 4.3.2.) durch die Konzentration auf die eigentlich pflegerischen Tätigkeiten letztlich eher Vorschub leistet. Allerdings sollten in diesem Falle Weiterbildungs- und Personalentwicklungsstrukturen in den Einrichtungen vorgehalten werden können, die es den geringer Qualifizierten prinzipiell ermöglichen sich im Berufsfeld weiterqualifizieren zu können. Besorgniserregend sind in den letzten Jahren vor allem die rückläufigen Zahlen der Schüler/-innen in den Pflegeberufen. Allein in den Krankenhäusern ist die Zahl der Auszubildenden zwischen 1991 und 2001 um 12 % gesunken (Tabelle 8).

### **3.3.3    *Ausbildung in der Gesundheitswirtschaft***

Die statistische Erfassung der Auszubildendenzahlen gestaltet sich aufgrund der unterschiedlichen institutionellen Zuordnung der einzelnen Ausbildungsrichtungen sowie des unterschiedlichen Status der Ausbildungsstätten, recht schwierig. Hierzu einige kurze Erläuterungen: Die Qualifikation zur Ausübung eines Berufs des Gesundheitswesens kann in Nordrhein-Westfalen, je nach fachlicher Ausrichtung und Qualifikationsniveau, regulär an unterschiedlichen Einrichtungen der beruflichen Erstausbildung erlangt werden. Zu nennen sind hier zum einen Ausbildungen im *dualen Ausbildungssystem in Betrieb und Schule* (z.B. Berufe des Medizinhandwerkes) oder aber die *Ausbildung an Schulen des Gesundheitswesens*, die eine Sonderstellung zwischen der bundeseinheitlich geregelten dualen Ausbildung nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) bzw. der Handwerksordnung (HwO) und der rein länderrechtlich geregelten schulischen Ausbildung einnehmen und deren Ausbildungsangebote bundesrechtlich geregelt sind (siehe auch Kapitel 4.3). In Nordrhein-Westfalen handelt es sich hierbei um staatlich anerkannte Privatschulen, für deren Besuch zum Teil Schulgeld zu entrichten ist, es sei denn die Schule ist einem Krankenhaus angegliedert und wird so über dessen Pflegesätze bzw. seit Einführung der DRGs, über den Ausbildungsfonds finanziert. Ausgebildet an den Schulen des Gesundheitswesens werden die Gesundheitsfachberufe, nicht-ärztliche medizinische Berufe sowie die Pflegeberufe, wobei die jeweiligen Abschlüsse staatlich anerkannt werden. Des Weiteren existieren noch die *schulischen Ausbildungen an den Berufskollegs*, welche als Erstausbildung

hauptsächlich die Bildungsgänge der Berufsfachschule umfassen. An den Berufskollegs wird vor allem in den Bereichen der Kinderpflege, der Heilerziehungspflege oder der Diätassistenten ausgebildet sowie eine Berufsgrundbildung vermittelt.

Ein exemplarischer Vergleich der Ausbildungszahlen des Jahres 1999, zeigt für NRW folgendes Bild: Insgesamt waren zu diesem Zeitpunkt in der gesamten Wirtschaft rund 335.270 Auszubildende gemeldet. In den Berufen des Gesundheitswesens absolvierten im selben Berichtsjahr insgesamt 78.649 Personen eine Ausbildung, davon entfielen rund 28.703 auf die Ausbildung im dualen System, weitere 40.727 auf die Schulen des Gesundheitswesens und 9219 Schüler/-innen waren an den Berufskollegs (ehemals Kollegschulen und Berufsbildende Schulen) gemeldet. (vgl. LDS NRW 2001: 33 ff). Jeder fünfte Jugendliche in NRW hat im Jahr 1999 dementsprechend eine Ausbildung im Gesundheits- und Sozialwesen absolviert, wobei die Ausbildung von Frauen — mit bis zu über 80 % in den Pflegeberufen — deutlich überwiegt. Der Gesundheitssektor ist somit nicht nur aus sozial- und arbeitsmarktpolitischer Sicht, sondern auch in Bezug auf das gesamtwirtschaftliche Ausbildungsgeschehen von großer Bedeutung.

Die Tabelle 9 zeigt die Entwicklung in ausgewählten Ausbildungsberufen des Gesundheitswesens zwischen 1995 und 2001 in NRW. Vor allem in den Kernberufen der Kranken- sowie der Altenpflege, ist im Zeitverlauf ein dramatischer Einbruch der Ausbildungszahlen festzustellen. Gegenüber 1995 waren im Jahr 2001 3.244 Auszubildende der Krankenpflege weniger an den Schulen gemeldet, was einem prozentualen Rückgang der Ausbildung in diesem Bereich von 18,6 % entspricht. Auch in der Altenpflege sieht die Situation keineswegs erfreulicher aus: Hier ist ein Rückgang der Auszubildenden von immerhin 10,4 % (- 1.367 Auszubildende absolut) im zugrunde gelegten Beobachtungszeitraum festzustellen. Die starken Einbrüche in der Altenpflegeausbildung sind u.a. darauf zurückzuführen, dass sich die *Finanzierungsmodalitäten* der Ausbildung in den letzten Jahren stark gewandelt haben.

**Tabelle 9: Ausbildung in ausgewählten Berufen des Gesundheitswesens in NRW (1995 und 2001)**

	1995	2001	Veränderung gegenüber 1995 (in %)
<b>A) Auszubildende in ausgewählten Gesundheitsberufen an Schulen des Gesundheitswesens</b>			
Krankenpfleger/-schwester	17.450	14.206	- 18,6
Altenpfleger/-in	13.109	11.742	- 10,4
Logopäde/-in	280	751	+ 168,2
Ergotherapeut/-in	1.236	1.975	+ 59,8
Physiotherapeut/-in	2.613	3.785	+ 44,9
<b>B) Auszubildende in ausgewählten Gesundheitsberufen des dualen Systems</b>			

(nach Ausbildungsbereichen) <sup>27</sup>			
Arzthelfer/-in (FB)	13.888	11.626	- 16,3
Augenoptiker/-in (Hw)	1.316	1.420	+ 7,9
Pharmazeutisch-kaufm. Angestellter/Angestellte (FB)	1.739	2.101	+ 20,8
Orthopädieschumacher/-in (Hw)	203	296	+ 45,8

Quelle: FfG (2002); eigene Zusammenstellung und Darstellung

Der Rückgang der Auszubildenden in diesem Bereich kann auch als Ausdruck der Rücknahme sozialstaatlicher Interventionen interpretiert werden: Aufgrund des Ende der 1980er Jahre akut werdenden *Pflegenotstands* wurden Ausbildungen in der Altenpflege im Rahmen des AFG/SGB III finanziert bzw. gefördert. Die Zahl der nach dem Arbeitsförderungsgesetz finanzierten Altenpflegeausbildungen - vor allem im Rahmen von Umschulungen – stieg in der Folge um rund 84 % an. Seit Mitte der 1990er Jahre hat sich jedoch die Zahl der Auszubildenden als Folge einer Rücknahme der SGB III-Finanzierung wieder deutlich verringert. Gleichwohl wurden Ende der 1990er Jahre etwa zwei Drittel der Auszubildenden durch Mittel der Bundesagentur für Arbeit unterstützt (vgl. Voges 2002: 133). Um Berufseinsteigern ohne SGB III-Ansprüche eine finanzielle Absicherung während der Ausbildung zu gewährleisten, hat nach *Abschnitt 4, § 17 des Altenpflegegesetzes (AltPflG)* von 2003 der Träger der praktischen Ausbildung „(...) dem Schüler für die gesamte Dauer der Ausbildung eine angemessene Ausbildungsvergütung zu zahlen (...)“. Die starken Einbrüche in der Krankenpflege sind hingegen stärker auf das *Missverhältnis von steigenden Arbeitsanforderungen und den erwartbaren Gratifikationen* zurückzuführen (vgl. ebd.: 131). Der demographisch bedingte Rückgang der Ausbildungsjahrgänge in der Alterskohorte der 15- bis 25-Jährigen verringert in beiden Ausbildungsbereichen zusätzlich die Nachfrage nach einem entsprechenden Ausbildungsberuf (vgl. Stat. BA 2003). Problematisch ist in diesem Zusammenhang auch die vereinzelt zu beobachtende, sinkende Bereitschaft der Einrichtungen zur Ausbildung von Pflegekräften: In Rheinland-Pfalz bspw. können in der Altenpflege schon seit einigen Jahren nicht mehr alle von der Landesregierung bereitgestellten schulischen Ausbildungsplätze belegt werden, da die stationären Altenhilfeeinrichtungen zu wenig fachpraktische Ausbildungsplätze anbieten. In diesem konkreten Fall kam es dann auf Initiative des Sozialministeriums<sup>28</sup> zu einer „Nachvermittlungsaktion“, verbunden mit dem Appell an die stationären Altenpflegeeinrichtungen zusätzliche Ausbildungsplätze zur Verfügung zu stellen (vgl. Care-Konkret 43/2003: 5).

<sup>27</sup> FB = Freie Berufe; Hw = Handwerk;

<sup>28</sup> Beteiligt waren des Weiteren Vertreter der LIGA der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege und der privaten Anbieter von stationären Pflegeleistungen in Rheinland-Pfalz.

Beobachten lässt sich jedoch nicht nur ein deutlicher Einbruch der Ausbildungsaktivitäten in den klassischen Pflegeberufen der Alten- und Krankenpflege, sondern gegenläufig dazu zeigen die Auszubildendenzahlen in den so genannten „paramedizinischen Berufen“ der Logopädie, der Ergo- und Physiotherapie, erstaunliche Zuwächse. Die Zuwachsraten in diesen Berufen liegen zwischen 44,9 % in der Ausbildung zum Physiotherapeuten und 168,2 % bei den Logopäden. Ende der 1990er Jahre wurden die Berufsaussichten für diese therapeutischen Berufe noch durchaus zurückhaltend eingeschätzt, zu Beginn des 21. Jahrhunderts scheinen allerdings die enormen Ausbildungszuwächse und die nur (relativ) geringe Arbeitslosigkeit in diesen Bereichen die positiven Aussichten dieser Berufsbereiche zu bestätigen<sup>29</sup>. Insgesamt zeichnet sich das Bild einer deutlichen *Strukturveränderung der Ausbildung* in den ausgewählten Gesundheitsberufen ab: Die Ausbildungsnachfrage verschiebt sich von den klassischen, aber auch sehr belastenden Berufen im Bereich der Alten- und Krankenpflege, zu den therapeutischen Berufen. Diese können im Gegensatz zu den Pflegeberufen als insgesamt weniger belastend eingestuft werden und eröffnen zudem auch die Möglichkeit der freiberuflichen Tätigkeit im Rahmen einer eigenen Praxis. Beschäftigungsmöglichkeiten ergeben sich darüber hinaus, neben den verschiedenen Einrichtungen der ambulanten und stationären Versorgung, auch in Kur- und Rehabilitationseinrichtungen sowie in Freizeit- und Bildungseinrichtungen<sup>30</sup> und in Behindertenwerkstätten. Bewertet man die Entwicklung der Ausbildungsnachfrage entlang der institutionellen Ebene, dann hat das duale Ausbildungssystem gegenüber der Ausbildung an den Schulen des Gesundheitswesens und den Kollegschaften in den letzten Jahren im Ausbildungsgeschehen zunächst an Bedeutung verloren (vgl. LDS NRW 2001: 39). Insbesondere durch die Einrichtung der kaufmännischen Ausbildungen im Rahmen des dualen Systems (z.B. Gesundheitskaufmann/-frau, Fitnesskaufmann/-frau) kann in den nächsten Jahren jedoch wiederum von einer erneuten Zunahme der dualen Ausbildung in der Gesundheitswirtschaft ausgegangen werden.

---

<sup>29</sup> So waren im Jahr 2001 in der Berufsordnung 852 (Physiotherapeuten, Masseure, med. Bademeister, Ergotherapeuten, Logopäden und Orthopisten) 7,4% der Personen mit diesem Zielberuf arbeitslos gemeldet. Allerdings sollte an dieser Stelle nicht verschwiegen werden, dass die Arbeitslosigkeit in den letzten Jahren zum einen zugenommen hat (1996: 6,3 %), und zum anderen die Arbeitslosenquote in dieser Berufsgruppe (BO 852) deutlich oberhalb der Arbeitslosenquote für das gesamte Berufsfeld (BO 85) liegt (5,1 %).

<sup>30</sup> Genaue Untersuchungen liegen bislang zwar noch nicht vor, aber es kann durchaus vermutet werden, dass gerade im Zusammenhang mit den derzeitigen Diskussionen um das bundesdeutsche Bildungswesen und die Verbesserung der Bildungsqualität mit Blick auf den europäischen Vergleich, der Bedarf vor allem an Logopäden und Ergotherapeuten aufgrund der immer wieder diagnostizierten Sprach- und Verhaltensstörungen von Kindern im Vorschulalter, in Zukunft weiter ansteigen wird.

### 3.4 Beschäftigungspotenziale der Gesundheitswirtschaft – Der Blick in die Zukunft lässt hoffen, aber ...!

Die Nachfrage nach Arbeitskräften in der Gesundheitswirtschaft lässt sich prinzipiell aus der Nachfrage nach Leistungen und/oder neuer Angebote ableiten<sup>31</sup>. Darüber hinaus können Veränderungen in der Arbeitszeitgestaltung einen wesentlichen Einfluss auf die Nachfrage nach Arbeitskräften haben. Jüngstes Beispiel ist hier das Urteil des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) zum Bereitschaftsdienst von Ärzten. Nach dem EuGH-Urteil muss der Bereitschaftsdienst zukünftig als Arbeitszeit angerechnet werden mit der Folge, dass die Einrichtungen vor erheblichen Problemen bei der Deckung ihrer Arbeitszeiten im Rahmen des bisherigen Personalpools stehen. Die Schätzungen zum realen Bedarf an zusätzlichen Ärzten schwanken derzeit jedoch noch erheblich: So werden nach Aussagen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) etwa 15.000 oder gar 27.000 zusätzliche Ärzte aufgrund der Veränderung der rechtlichen Grundlage benötigt, der Bundesverband der Krankenhausdirektoren spricht hingegen „nur“ von 10.000 neuen Jobs (vgl. <http://www.spiegel.de>; recherchiert am 12.09.2003; WAZ vom 10.09.2003)<sup>32</sup>. Lösungen zur Deckung des Personalbedarfs werden vor allem in der Kombination aus der Einführung neuer Arbeitszeitmodelle und zusätzlichen Einstellungen gesehen. Insgesamt wird ein deutlicher Anstieg der Nachfrage an Pflegekräften vor allem durch den Ausbau der ambulanten Versorgungsstrukturen prognostiziert. Potenziale für die Entstehung neuer Arbeitsplätze werden überwiegend in der ambulanten Versorgung psychisch und demenziell erkrankter Personen, in der Beratung und Schulung von Rehabilitanden, im Home-Care-Management oder aber in der Freizeitpädagogik und der Seniorenarbeit gesehen. Auch die Bereitstellung von „Dienstleistungen für mehr Lebensqualität“ in Kombination mit pflegerischen Diensten – „*care plus*“-Angebote – bieten positive Beschäftigungsaussichten.

---

<sup>31</sup> Die Beschäftigung wird hier in einem engen Zusammenhang mit dem Ausgabenniveau bzw. der Ausgabenentwicklung im Gesundheitssektor gesehen (in % des BIP). Da das Niveau der Ausgaben in den letzten Jahren gestiegen ist, kann hieraus auf Basis der Grundannahmen abgeleitet werden, dass es sich bei der Gesundheitswirtschaft um einen Bereich handelt, der auch in Zukunft durch die steigende Nachfrage nach Arbeitskräften gekennzeichnet sein wird.

<sup>32</sup> Das Bundesministerium für Gesundheit und Sozialordnung (BMGS) hat darüber hinaus ein Gesetz vorgelegt, mit dem die Abschaffung der AiP (Arzt-im-Praktikum)-Phase zum Wintersemester 2004/2005 vollzogen werden soll. Vorgesehen ist, dass Studierende, die vor dem 01.10.2004 ihr Humanmedizinstudium mit dem Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung erfolgreich abgeschlossen haben, noch die AiP-Phase absolvieren müssen. Für diejenigen, die das Studium mit Bestehen des Dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung nach bisherigem Recht oder des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung nach der Approbationsordnung für Ärzte vom 27.06.2002 nach dem 30.09.2004 abschließen, erfolgt die Erteilung der Approbation unmittelbar nach Abschluss des Studiums. Diese Absolventen müssen keine AiP-Phase mehr ableisten. Es ist davon auszugehen, dass durch das geplante Gesetz den Krankenhäusern deutliche Mehrkosten sowie ein zusätzlicher Personalbedarf entstehen werden.

Nach den Untersuchungen von SCHNEEKLOTH und POTTHOFF (1993) zu den Rahmenbedingungen der ambulanten häuslichen Versorgung liefert das DIW (vgl. Schulz et al. 2001) eine Bedarfsberechnung für den Berufsbereich „Pflege“. Sie bezieht sich vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung in Deutschland auf den Zeitraum der nächsten 50 Jahre und unterscheidet bei den berufsbezogenen Prognosedaten zwischen „Fachkräftebedarf“ und „Bedarf bei anderen Beschäftigten“ (i.d.R. Verwaltungs- und Hauswirtschaftskräfte). Die Interpretation der DIW-Daten erlaubt eine plausible Anbindung an die bis heute vorliegenden Informationen zur Erwerbstätigenentwicklung im Berufsfeld: Für den stationären Sektor geht das DIW bis 2050 von einem zusätzlichen Bedarf an „professioneller außerfamiliärer Hilfe“ in Höhe von 130 % bis 145 % aus - verglichen mit den Ausgangsdaten von 2000.

Ein vergleichbares Bild zeigt sich insbesondere auch für den ambulanten Sektor: Hier prognostiziert das DIW (ausgehend von 1999) vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und unter der Voraussetzung eines gleich bleibenden Verhältnisses von Sach- und Geldleistungen aus der Pflegeversicherung (19: 81) bis 2020 einen wachsenden Fachkräftebedarf („Pflegekräfte für Dienstleistungen im Sinne der Pflegeversicherung“) von + 48 % (40.100 Beschäftigte absolut), bis 2050 ist es ein Zuwachs von 131 % (62.400 Beschäftigte absolut). Sollte sich das Verhältnis von Sach- und Geldleistungen aus der Pflegeversicherung auf das heutige Niveau der Pflegestufe III verändern (25:75), würde sich der Fachkräftebedarf bis 2020 sogar um 95 % (52.800), bis 2050 sogar um 204 % (82.200) erhöhen. Die Entwicklungsdynamik des stationären und des ambulanten Sektors zeigt sich auch in der Berechnung des DIW zur Entwicklung der Nachfrage nach Betreuungsdienstleistungen nach Pflegestufen (Tabelle 10):

**Tabelle 10: Nachfrage nach Betreuungsleistungen-nach Pflegestufen (Prognose 2020 und 2050)**

	2020	2050
Pflegestufe I	+ 50%	+ 56%
Pflegestufe II	+ 55%	+ 66%
Pflegestufe III	+ 50%	+ 63%

Quelle: Schulz et al. 2001

Unterstellt man, dass die Betreuung Pflegebedürftiger auf dem Niveau der Pflegestufe I eher von ambulanten Diensten, die Betreuung auf Pflegestufe III hingegen eher im stationären Bereich stattfindet, zeigt sich, dass die prognostizierten Beschäftigungspotenziale mindestens zur Hälfte von ambulanten Diensten getragen werden. Die zunehmende Bedeutung des ambulanten Sektors für die Rekrutierung von



qualifizierten Fachkräften ergibt sich laut DIW auch aus mindestens zwei weiteren Entwicklungen:

- Bei erwartet stark zunehmender Berufstätigkeit von Frauen steht das bislang stark in Anspruch genommene „innerfamiliäre weibliche Pflegepotenzial“ (Töchter pflegen Eltern) in immer geringerem Umfang zur Verfügung. Der Rückgang muss durch „professionelle außerfamiliäre Hilfen“ als ambulante Dienstleistung ersetzt werden.
- Die Prognosen des DIW konzentrieren sich ausschließlich auf Pflegeleistungen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes. Ambulante sozialpflegerische Dienstleistungen könnten sich jedoch auf ein weitaus umfangreicheres Spektrum an personenbezogenen Dienstleistungen erstrecken, was wiederum erhebliche Auswirkungen auf das Beschäftigungspotenzial hätte.

Für Nordrhein-Westfalen (NRW) sind im Rahmen der Studie „Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt in NRW“ zwei Szenarien zur Beschäftigungsentwicklung für die gesamte Gesundheitswirtschaft vorgelegt worden (Tabelle 11).

**Tabelle 11: Prognose zur Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft NRW bis 2015**

	Unteres Szenario	Oberes Szenario
Ambulante Versorgung	+ 30.000	+ 60.000
Stationäre Versorgung	- 15.600	+ 10.600
Altenhilfe und -pflege	+ 44.000	+ 100.000
Zulieferindustrien und Nachbarbranchen	+ 12.300	+ 25.600
Gesamt	+ 70.700	+ 196.200

Quelle: FfG/IAT/MHH (2001): 136.

Während das obere Szenario von einer Realisierung von ca. 196.200 neuen Arbeitsplätzen bis zum Jahr 2015 ausgeht, verweist das untere Szenario auf deutlich geringere Zuwächse und sogar auf Personalabbau in einzelnen Bereichen. Auffallend ist hier die Einschätzung der Beschäftigungsentwicklung in der stationären Versorgung: Das Abbauszenario beruht im Wesentlichen auf einer politisch induzierten Umsteuerung des Krankenhaussektors. Die Reduktion der Fallzahlen durch die Vermeidung unnötiger Krankenhausüberweisungen, Maßnahmen der Effizienzsteigerung der Versorgung aber auch der durch die Verlagerungen in den ambulanten Sektor induzierte Personalabbau führen in der Prognose zu einem deutlichen Abbau der Beschäftigung. Da die Personalkosten immerhin rund 66 % der Sachkosten der Krankenhäuser

ausmachen (vgl. DKG 2003: 19 f.)<sup>33</sup>, sehen viele Einrichtungen hier die Chance dem wachsenden Kostendruck in den nächsten Jahren durch Personalabbau zu begegnen (vgl. Gewiese et al. 2003). Insgesamt zeigen sich jedoch deutliche Differenzen in den Einschätzungen zur erwarteten Personalentwicklung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor: Während rund 16,0 % der Altenpflegeheime für 2006 einen steigenden Personalbestand erwarten, sind es in den Allgemeinen Krankenhäusern lediglich 8,9 % der Einrichtungen (vgl. ebd.).

Die Realisierung der positiven Beschäftigungschancen ist – wie die Studie „Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt in NRW“ deutlich betont – kein „Selbstläufer“. Die Entwicklung der Branche ist nicht nur von der *Innovationsfähigkeit* der individuellen und betrieblichen Akteure abhängig, sondern auch von der (*quantitativen*) *Verfügbarkeit qualifizierter Arbeit*. Zu den Auswirkungen der dargestellten Modernisierungsherausforderungen auf den Qualifikationsbedarf in den „Gesundheits- und Sozialberufen“ hat das Ifo-Institut in seinen Prognosen interessante Aussagen vorgelegt (vgl. Munz/Ochel 2001):

- Die Arbeitslosigkeit wird trotz des zu erwartenden Bevölkerungsrückgangs auf hohem Niveau bleiben. Die qualifizierte Berufsausbildung wird damit zum entscheidenden Faktor für eine (relative) soziale Sicherung.
- Alle Projektionen des Qualifikationsbedarfs der letzten Jahre sprechen dafür, dass die Veränderungen in den Wirtschaftssektoren (hier „Gesundheits- und Sozialwesen“, Personenbezogene und soziale Dienstleistungen) und den Tätigkeitsstrukturen eine relativ hohe Qualifizierung der Erwerbstätigen erforderlich macht.

Der Bedarf nach hohen beruflichen Qualifikationen auf Facharbeitsniveau wird sich nach den Prognosen des Ifo-Instituts mit Abstand am stärksten auf die „Gesundheits- und Sozialberufe“ auswirken. Umgekehrt wird die Nachfrage nach „nicht formal Qualifizierten“ proportional ebenfalls in diesem Bereich am stärksten sinken. Der Produktionsfaktor „qualifizierte Arbeit“ wird somit nicht nur wichtigsten Entwicklungs-, sondern auch zur Modernisierungsressource der Gesundheitswirtschaft. Aber wie ist es um die „qualifizierte Arbeit“ in der Gesundheitswirtschaft eigentlich bestellt?

---

<sup>33</sup> Im Rahmen der Personalkosten entfallen wiederum rund 39% und damit der größte Teil der Kosten auf den Pflegedienst (39%), gefolgt vom Ärztlichen Dienst (22,3%) und vom Medizinisch-technischen Funktionsdienst (20,9%) (vgl. DKG 2003: 20).

### 3.5 Qualifizierte Arbeit in der Gesundheitswirtschaft: Bald Mangelware?!

„Der Kampf um das Personal hat begonnen“ (von Eiff: 2003), so lassen sich die derzeitigen Auswirkungen des Fachkräftemangels von betrieblicher Seite aus wohl treffend beschreiben. Qualifizierte Arbeit wird, wie dieses Kapitel im Folgenden zeigen soll, vor allem im Kernbereich der ambulanten und stationären Versorgung der Gesundheitswirtschaft zunehmend zu einer Mangelware. Es wird die Hypothese formuliert, dass die Schwierigkeiten der Personalrekrutierung in der Gesundheitswirtschaft im Wesentlichen auf folgenden Ursachen beruhen: Zum einen auf Qualifizierungsdefiziten des vorhandenen Personals und zum anderen führen die derzeit unzureichenden Arbeitsbedingungen vielfach zu einem frühen Berufsausstieg, insbesondere in den Pflegeberufen. Die Chancen ausreichend Personal für die Tätigkeiten in der unmittelbaren Patientenversorgung rekrutieren zu können, haben sich in den letzten Jahren zunehmend auch dadurch verschlechtert, dass aufgrund der schwachen Geburtenjahrgänge und einer Strukturveränderung in der Ausbildungsnachfrage (siehe vorheriges Kapitel), zum einen weniger Auszubildende und Studierende in den ärztlichen<sup>34</sup> und pflegerischen Berufen einen entsprechenden Abschluss erlangt haben oder aber in andere Branchen jenseits der Gesundheitsversorgung – etwa in die Unternehmensberatung und in den journalistischen Bereich – oder ins europäische Ausland abwandern. Die aktuellen Meldungen über *Nachwuchs- und Rekrutierungsprobleme* (vgl. KMA 9/2003) in den Kernbereichen der ambulanten und stationären Versorgung der Gesundheitswesens überschatten die eigentlich positiven Entwicklungsaussichten der „Jobmaschine Gesundheitswirtschaft“.

#### 3.5.1 Qualifizierungsbedingter Fachkräftemangel

In der Praxis führt der Mangel an Nachwuchskräften mittelfristig zu erheblichen *Personalengpässen*, und dies wird in der Folge voraussichtlich nicht ohne Auswirkungen auf die Versorgungsqualität bleiben. Ein *quantitativer Fachkräftemangel* besteht dann, wenn weniger Fachkräfte auf dem Arbeitsmarkt verfügbar sind, als durch die Einrichtungen nachgefragt werden. Aus betrieblicher Perspektive zeigt sich der Fachkräftemangel dann vor allem darin, dass Probleme bestehen offene Stellen auch zu be-

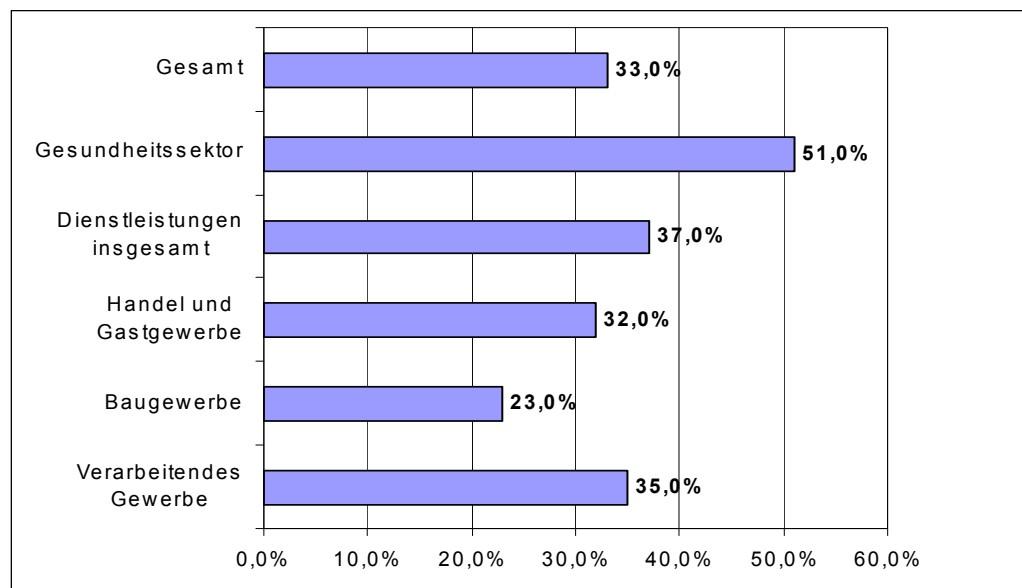
---

<sup>34</sup> Die vorliegenden Daten verweisen sowohl auf rückläufige Studierendenzahlen im Fach Allgemeinmedizin insgesamt als auch auf einen Rückgang der Zahl der Studierenden mit bestandener Abschlussprüfung. Im Wintersemester 1992/93 waren noch 93.198 Studierende an den bundesdeutschen Hochschulen im Fach „Allgemeinmedizin“ eingeschrieben, zehn Jahre später waren es hingegen nur noch 80.192 Studierende, was einer prozentualen Abnahme um rund 14% entspricht. Die Zahl der bestandenen Abschlussprüfungen ist ebenfalls von 18.355 (1993) auf 15.849 im Jahr 2002 gesunken (- 13,7 %). Nordrhein-Westfalen ist dabei das Bundesland, welches im Vergleich die meisten Studierenden im Fach „Allgemeinmedizin“ vorweisen kann: Rund 22 % der Hochschulausbildungen entfallen auf dieses Bundesland (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes unter <http://www.gbe-bund.de/>; recherchiert am 17.3. 2004)

setzen (*quantitatives Stellenbesetzungsproblem*). Darüber hinaus kann aus Sicht der Betriebe die Problematik bestehen, dass zwar ausreichend Fachkräfte auf dem regionalen Arbeitsmarkt vorhanden sein, diese jedoch aus unterschiedlichsten Gründen für die Stelle von Seiten der Einrichtung als nicht geeignet eingestuft werden (*qualitatives Stellenbesetzungsproblem*). Auch zeitlich verzögerte Besetzungen können von den Einrichtungen als Stellenbesetzungsproblem wahrgenommen werden. Ergebnisse von Fachkräfte-Monitorings in anderen Branchen weisen darüber hinaus darauf hin, dass der Personalmangel nicht zuletzt auch das Ergebnis eines defizitären *Personalmanagements in den Unternehmen selbst* ist (vgl. Personalführung 11/2003: 14f.).

Der Vergleich der Wirtschaftssektoren macht es deutlich (Abbildung 12): Keine andere Branche hat derzeit so große Probleme bei der Personalsuche wie der Gesundheitssektor. Jeder zweite befragte Betrieb (51,0 %) gab an, große Probleme bei der Suche nach Personal zu haben. Allerdings scheint sich der Dienstleistungssektor im Vergleich der Wirtschaftssektoren generell in einer problematischeren Situation zu befinden. Immerhin 37,0 % der Dienstleistungsbetriebe, und damit deutlich mehr als der Durchschnitt aller befragten Betriebe, hatten Probleme bei der Personalsuche. Sowohl der Handel und das Gastgewerbe (32,0 %) als auch das Bau- (23,0 %) und das verarbeitende Gewerbe (35,0 %) hatten ebenfalls Stellenbesetzungsprobleme zu verzeichnen, jedoch bei weitem nicht in dem Umfang wie der Gesundheitssektor. Diese Situation ist umso bedenklicher, da der Fachkräftemangel des Dienstleistungssektors ein deutliches Innovationshemmnis darstellt (vgl. ZEW 1999).

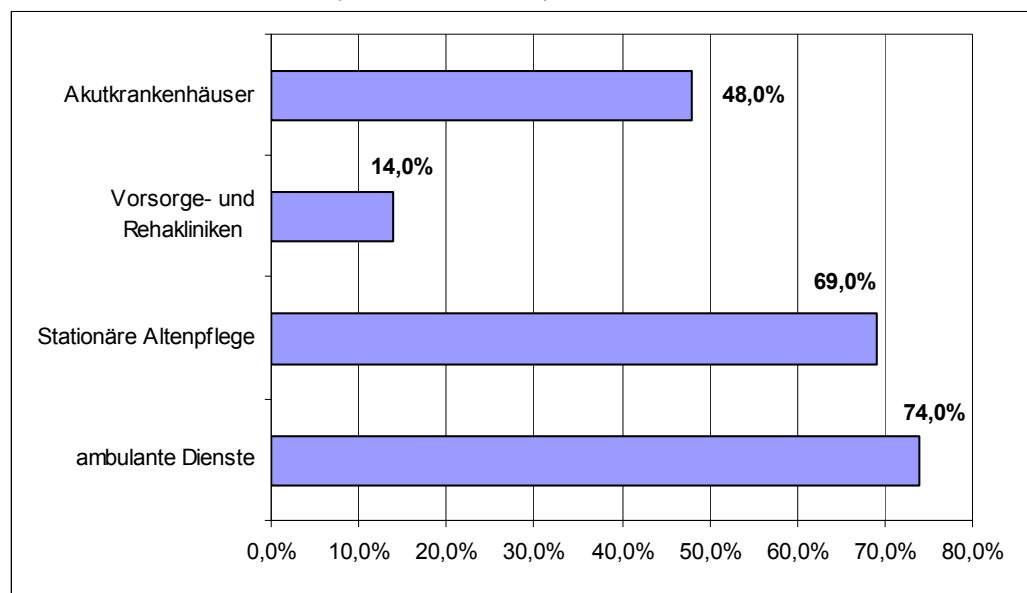
**Abbildung 12: Betriebe mit Problemen bei der Personalsuche im Vergleich der Wirtschaftssektoren 2002 (in % der Betriebe)**



Quelle: GIB-NRW Betriebsbefragung 2002; Sonderauswertung für das IAT; N= 1303; eigene Darstellung

Der überwiegende Teil der Einrichtungen, vor allem in der *stationären Altenhilfe und in Krankenhäusern* klagt über die angespannte Personalsituation und die Schwierigkeit, Bewerber für die offenen Stellen finden zu können. Insgesamt rund 49 % der Krankenhäuser geben an, offene Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen zu können. Weitere 28 % der Einrichtungen bestätigen dies ebenso für nicht besetzte Stellen im Pflege- und Funktionsdienst (vgl. dip 2002). Grundsätzlich lassen sich hinsichtlich der Problematik der Stellenbesetzung auch *regionale Differenzen* feststellen. Für die *neuen Bundesländer* wird die Situation der Besetzung offener Stellen für den Ärztlichen Dienst geradezu als „dramatisch“ beschrieben: 80 % (!) aller Häuser geben hier an, Probleme bei der Suche nach Ärzten/innen zu haben. Bei den Pflege- und Funktionsdiensten präsentiert sich die Situation hingegen nicht ganz so dramatisch. So konnten 29 % der westdeutschen, aber nur 19 % der ostdeutschen Krankenhäuser, offene Stellen im Pflege- und Funktionsdienst nicht besetzen (vgl. DKI 2003).

**Abbildung 13: Stellenbesetzungsprobleme nach Einrichtungen im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft 2003 (in % der Betriebe)**

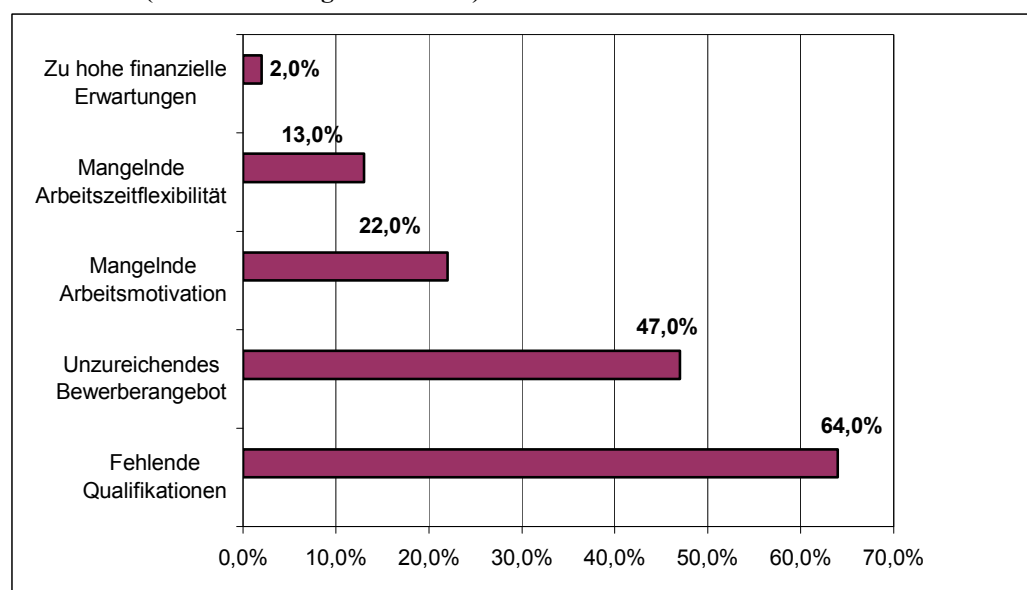


Quelle: Larsen/Schmid 2003; eigene Darstellung

Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland Pfalz hat im Jahr 2003 eine Studie an das Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK; Frankfurt) in Auftrag gegeben mit dem Ziel, die Fachkräftesituation und den Fachkräftebedarf in der Pflege in Rheinland Pfalz näher zu beleuchten. Befragt wurden im Rahmen der Untersuchung alle Akutkrankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken sowie Einrichtungen der stationären und ambulanten Altenhilfe des Landes Rheinland-Pfalz. Der Rücklauf der Befragung war mit 47 % durchaus hoch, was wiederum als Ausdruck dafür angesehen werden kann, dass Fragestellungen rund um das Thema „Fachkräftebedarf“ den „Nerv“ der Unternehmen und Einrichtungen zu

treffen scheinen. Im Vergleich der Einrichtungen des Kernbereichs der Gesundheitswirtschaft bestätigt die Untersuchung, dass neben den ambulanten Diensten (74,0 %) vor allem die stationären Altenpflegeeinrichtungen (69,0 %), gefolgt von den Akutkrankenhäusern (48,0 %), enorme Stellenbesetzungsprobleme zu verzeichnen haben (Abbildung 13). Hinsichtlich einzelner *Berufe und Qualifikations-ebenen* bestehen die größten Stellenbesetzungsprobleme bei offenen Stellen für *Pflegefachkräfte ohne und mit Weiterbildung* (z.B. Krankenpfleger/-schwestern, Altenpfleger/-innen, Fachkrankenpfleger/-schwestern für Intensivmedizin) (vgl. Larsen/Schmid 2003: 8).

**Abbildung 14: Art der Rekrutierungsprobleme in Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft 2002 (in % der befragten Betriebe)**

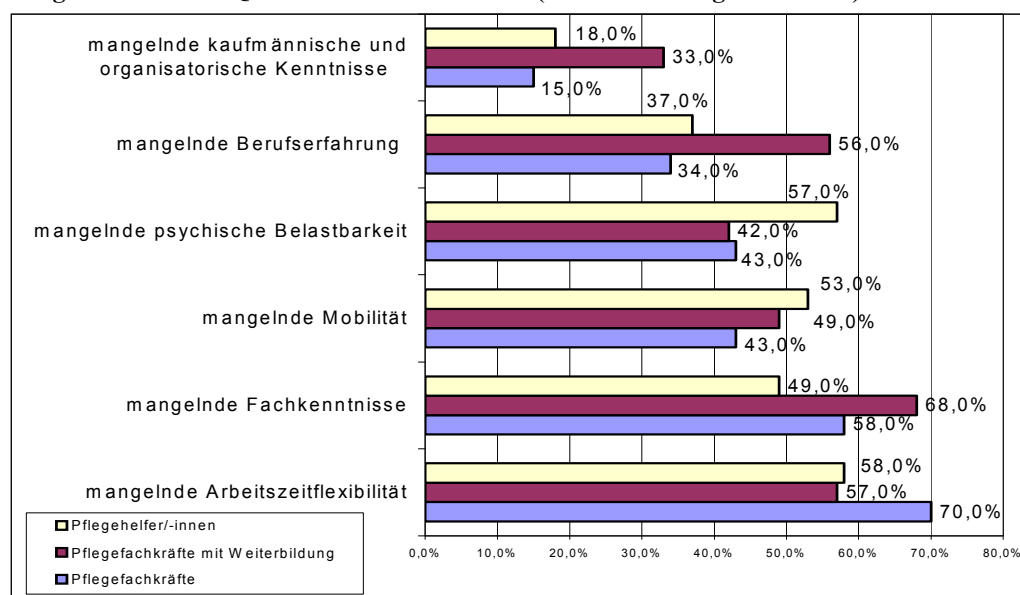


Quelle: GIB-NRW Betriebsbefragung 2002; Sonderauswertung für das IAT; N= 1303; eigene Darstellung;

Wenn Einrichtungen Stellenbesetzungsprobleme beklagen, kann es sich hierbei um recht verschiedene ‚Arten‘ von Stellenbesetzungsproblemen handeln. Als Hauptursache für die Rekrutierungsprobleme in der Gesundheitswirtschaft in NRW lassen sich *fehlende Qualifikationen* der Bewerber identifizieren (Abbildung 14). So gaben 64 % der befragten Betriebe der Gesundheitswirtschaft an, dass sie offene Stellen nicht besetzen können, da die Bewerber nur unzureichend für die Stelle qualifiziert sind. Zweit wichtigster Grund dafür, dass es nicht zu einer Besetzung der gemeldeten offenen Stellen kam, war das *unzureichende Bewerberangebot* (47 %): Dies bedeutet, dass entweder überhaupt keine Bewerbungen vorgelegen haben, oder dass die verfügbaren Bewerber/-innen aufgrund fachlicher und/oder persönlicher Merkmale für die entsprechende Stelle nicht in Frage kamen. Eine weitaus geringere Rolle spielen die *mangelnde Arbeitsmotivation* (22,0 %) sowie eine *mangelnde Arbeitszeitflexibilität* der Bewerber/-innen (13,0%). Hierbei handelt es sich in erster Linie um Schwierig-

keiten bezüglich der Vereinbarkeit der privaten Lebenssituation (z.B. Notwendigkeit der Kinderbetreuung) mit wechselnden beruflichen Arbeitszeiten, z.B. im Rahmen des Schichtdienstes. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist natürlich eine gewisse Vorsicht geboten, zumal in den einzelnen Untersuchungen nicht näher auf die inhaltlichen Qualifikationsdefizite eingegangen wurde und somit die Gefahr besteht, dass die Kategorie „fehlende Qualifikationen“ gewissermaßen als Residualkategorie von Seiten der befragten Betriebe ausgewählt wurde.

**Abbildung 15: Rekrutierungsprobleme von Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft bei Pflegekräften nach Qualifikationsniveau 2003 (in % der befragten Betrieb)**

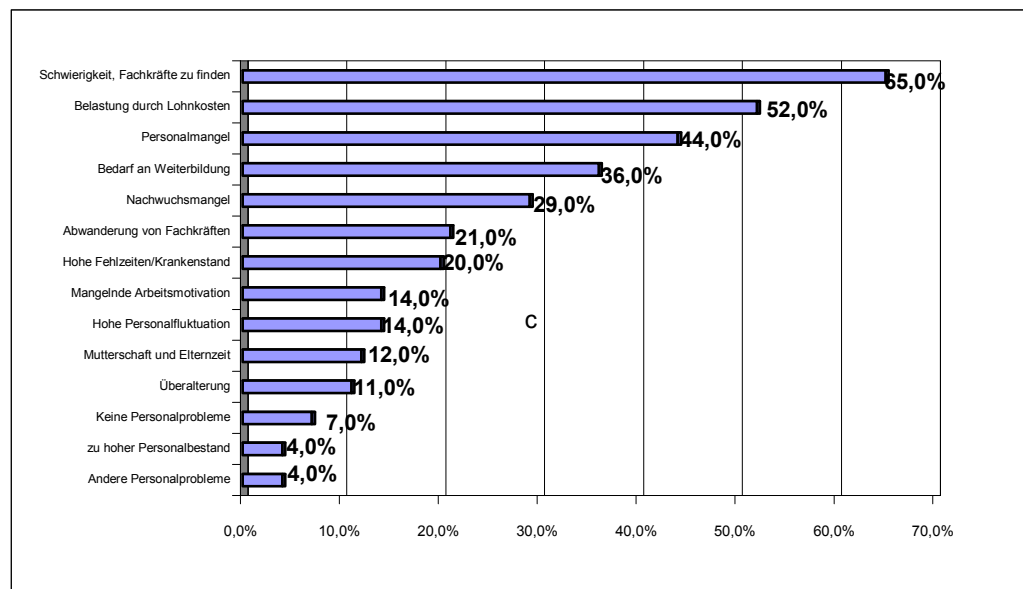


Quelle: Larsen/Schmid 2003; eigene Darstellung

Der Vergleich der Ergebnisse der Untersuchung in NRW mit den berufsbezogenen Ergebnissen aus Rheinland-Pfalz bestätigt die eingangs formulierte Hypothese (Abbildung 15): Mangelnde Fachkenntnisse sind auch hier mit der wichtigste Grund, warum Pflegefachkräfte keine passenden Bewerber/-innen für offene Stellen sind. 58 % der befragten Einrichtungen gaben an, dass mangelnde Fachkenntnisse der Pflegefachkräfte ursächlich für die Rekrutierungsprobleme verantwortlich sind. Eine gewichtigere Rolle scheint hier jedoch die *Flexibilität* der Bewerber/innen zu spielen. Immerhin 70 % der Einrichtungen führten ihre Rekrutierungsprobleme auf diesen Faktor zurück. Bei den *Pflegefachkräften mit Weiterbildung* sind es in erster Linie ebenfalls die mangelnden Fachkenntnisse der Bewerber (68 %) welche verhindern, dass es zu einer Einstellung von Seiten der Betriebe kommt. Lediglich bei den *Pflegehelfer/-innen* spielen die Fachkenntnisse nur eine untergeordnete Rolle. Hier ist es vor allem die mangelnde Arbeitszeitflexibilität (58 %) sowie die mangelnde psychische Belastbarkeit (57 %) warum Bewerber/innen bei offenen Stellen als nicht passend eingestuft werden. Die Gesundheitswirtschaft sieht sich jedoch nicht nur mit erheb-

lichen Personalrekrutierungsproblemen konfrontiert. Das IAB hat im Rahmen seiner Gesundheitswesenstudie auf Basis des IAB-Betriebspanels (vgl. Gewiese et al. 2003) folgende, über den Fachkräftemangel hinaus gehenden Personalprobleme der Betriebe im Gesundheitswesen identifiziert (Abbildung 16). Neben der Schwierigkeit generell Fachkräfte für die Arbeit gewinnen zu können, zählen des Weiteren die *hohen Lohnnebenkosten* (52,0 %) und der *Bedarf an Weiterbildung* (36 %) zu den wichtigen, von den Betrieben geäußerten Personalproblemen. Darüber hinaus klagt jeder fünfte Betrieb des Gesundheits- und Sozialwesens über *hohe Fehlzeiten* und einen *hohen Krankenstand* (20,0 %).

**Abbildung 16: Personalprobleme im Gesundheits- und Sozialwesen 2002 (in % der Betriebe)**



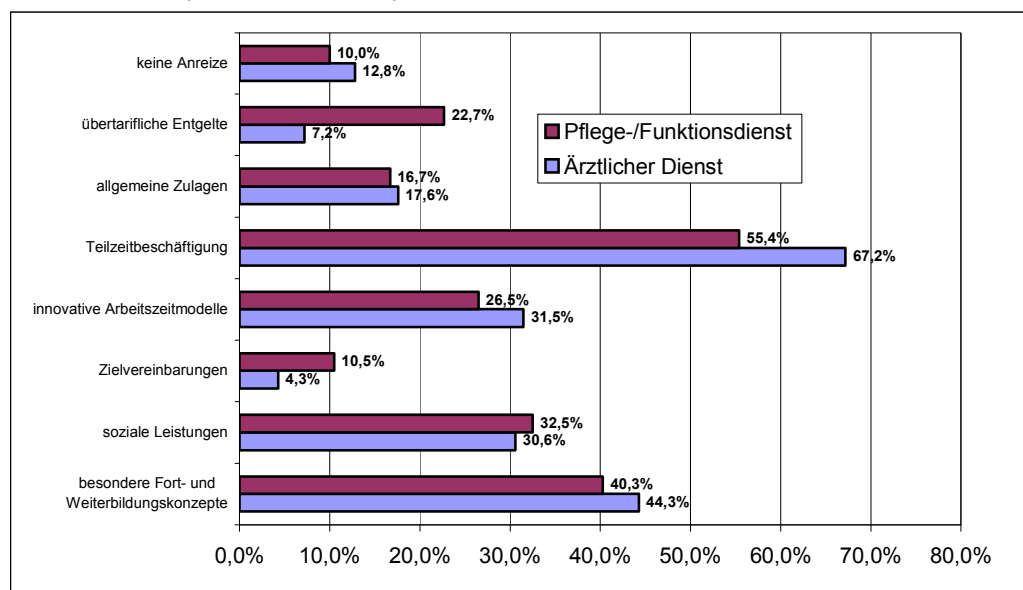
Quelle: Gewiese/Leber 2003

Wie versuchen die Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft nun in dieser schwierigen Situation, Personal für sich zu gewinnen? Entlang der Arbeitsbereiche des „Ärztlichen Dienstes“ sowie des „Pflege- und Funktionsdienstes“ lassen sich zunächst keine auffälligen Unterschiede in der Wahl der Anreizinstrumente feststellen (Abbildung 17). Neben der Bereitstellung von besonderen *Fort- und Weiterbildungskonzepten* (40,3 % Pflege-/Funktionsdienst; 44,3 % Ärztlicher Dienst) spielt vor allem die Möglichkeit der *Teilzeitarbeit* (55,4 % Pflege-/Funktionsdienst; 67,2 % Ärztlicher Dienst) in Verbindung mit *innovativen Arbeitszeitmodellen* eine wesentliche Rolle. Die Bereitstellung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen bildet in Krankenhäusern somit einerseits ein wichtiges Anreizinstrument, um Beschäftigte für die Arbeit in der Einrichtung gewinnen zu können. Andererseits zählt der zukünftige Bedarf an Weiterbildung in vielen Betrieben der Gesundheitswirtschaft derzeit zu den wesentlichen personalbezogenen Problemfeldern, wie die Ergebnisse des IAB-Betriebspanels deut-



lich gemacht haben. Auch das Vorhalten von *sozialen Leistungen* zählt zu den wesentlichen Anreizinstrumenten der Krankenhäuser zur Gewinnung von Personal (32,5 % Pflege-/Funktionsdienst; 30,6 % Ärztlicher Dienst). Die „sozialen Leistungen“ beinhalten etwa die Bereitstellung von *Wohnraum* oder *Kinderbetreuungsmöglichkeiten*. Nur ein geringer Prozentsatz der befragten Einrichtungen hält für die Gewinnung von Mitarbeitern keine Anreize vor. Interessanterweise werden in 22,7 % der befragten Einrichtungen übertarifliche Entgelte für die Gewinnung von Mitarbeitern im Pflege- und Funktionsdienst eingesetzt, während dies beim Ärztlichen Dienst nur in 7,2 % der Einrichtungen der Fall ist.

**Abbildung 17: Anreize von Allgemeinen Krankenhäusern zur Gewinnung von Mitarbeitern 2002 (in % der Betriebe)**



Quelle: DKI 2002; eigene Darstellung;

Die Altersentwicklung in der Bevölkerung wird den Pflegebedarf in den kommenden Jahren weiter ansteigen lassen. Ebenso fraglich wie bedenklich ist, ob bei einem jetzt schon vorhandenen und sich in Zukunft weiter verschärfenden Mangel an Fachkräften, eine gleichmäßige Versorgung gewährleistet werden kann und wie die durch den Nachfrageüberhang steigenden Pflegekosten dann gedeckt werden können. Vor allem die Interessenverbände der Leistungserbringer warnen derzeit unter Hinweis auf die „Nullrunden“ und den neuerlichen Tarifabschlüssen vor einer weiteren Steigerung der Personalkosten und einem damit verbundenen Stellenabbau, sowohl beim Pflege- als auch beim ärztlichen Personal (vgl. Offermanns 2002, <http://www.deutscher-pflegerat.de>, Deutsche Krankenhausgesellschaft 2003 unter <http://www.dkgev.de>). Der Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, sieht das Gesundheitswesen geradezu in Lebensgefahr: Das Spar-diktat nehme die Einrichtungen in den Würgegriff und führe lediglich zu noch mehr Personalabbau und zu noch mehr Überstunden sowie in der Folge zu noch weniger

Zuwendung für die Patienten (vgl. <http://www.bundesärztekammer.de>). Schätzungen zufolge sind derzeit rund 40.000 offene Stellen allein im Pflegewesen in der Bundesrepublik zu besetzen. Bei den Arbeitsämtern registriert sind hingegen nur etwa 18.000 arbeitssuchende Pflegekräfte (vgl. dip 2002). An dieser Stelle kann aufgrund der empirischen Ergebnisse nur noch einmal betont werden, dass Lösungen zur Zukunft der Gesundheitswirtschaft nicht in einem Abbau des sowieso schon rar gesäten, qualifizierten Personals liegen können (und dürfen), sondern dass Kosten- und Effizienzvorteile vielmehr durch organisatorische und technische Neuorientierungen realisiert werden sollten. In der gängigen Diskussion um den Arbeitsmarkt für Pflegeberufe dominiert immer noch sehr stark die nachfrageseitige Betrachtung, also die Frage welchen qualitativen und quantitativen Personalbedarf die Einrichtungen haben und wie dieser Bedarf zukünftig gedeckt werden kann. Viel schwieriger erscheint es hingegen die Angebotsseite in die Problemanalyse des Fachkräftemangels mit einzubeziehen und zu fragen: Welche Faktoren beeinflussen eigentlich das Angebot an Fachkräften? bzw. Warum sind immer weniger junge Menschen bereit, eine Arbeit im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft aufzunehmen? Eine gewichtige Rolle im Kontext des unzureichenden Angebots an Fachkräften spielen vor allem die *unattraktiven Arbeitsbedingungen* in den Einrichtungen des Kernbereichs der Gesundheitswirtschaft.

### **3.5.2 Arbeit in der Gesundheitswirtschaft – Hart, aber herzlich!**

Die Diskussionen um die Arbeitsbedingungen in der Pflege sind keineswegs neu. Sie gewinnen jedoch gerade vor dem Hintergrund der wachsenden Personalprobleme in den Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft wieder an Aktualität. Vielfältige Untersuchungen und Studien sind zu diesem Thema in den letzten Jahren erstellt worden, deren gemeinsames Szenario sich folgendermaßen zusammenfassen lässt: Die Arbeit in den Gesundheitsberufen – vor allem der Pflegeberufe – ist geprägt von einem *starken Engagement der Beschäftigten für ihre Arbeit* trotz der hohen *körperlichen und psychosozialen Belastungen* und – im Vergleich zu anderen Berufen auf Facharbeitsniveau – *relativ niedrigen Vergütungen, geringen Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten* und *unflexiblen Arbeitszeiten* bei *hoher Teilzeitquote* in stark *hierarchisch angelegten Organisationsstrukturen* sowie einer *schwierigen Vereinbarkeit von Familie und Beruf* (für die Vielzahl der Studien zur Arbeitssituation in der Pflege stellvertretend: vgl. Büssing/Glaser 2003a; Krenn/Papouschek 2003, Spinner 2002; Berger et al. 2000; Berger et al. 2001). Und damit nicht genug: Auch die *fehlenden finanziellen Anreize* beim Erwerb von Zusatzqualifikationen und bei der Übernahme von Leitungsfunktionen wirken sich nicht gerade positiv auf

Anreizwirkung dieses Berufsfeldes aus (vgl. Personalführung 11/2003)<sup>35</sup>. Die Belastungen entstehen dabei sowohl aus der Arbeit selbst, etwa durch den seelischen und körperlichen Zustand der Patienten und den damit verbundenen emotionalen Belastungen, als auch durch die organisatorischen Rahmenbedingungen der Arbeit. Wie Tabelle 12 zeigt, haben die Fallzahlen in den Krankenhäusern im Laufe der letzten Jahre deutlich zugenommen, bei einer gleichzeitigen Reduzierung der Pfl egetage sowie der Verweildauern in den Einrichtungen. Dies führte zu einer deutlichen *Intensivierung der Leistungserbringung* und damit zu einer deutlichen *Steigerung der Arbeitsintensität* in den Krankenhäusern.

**Tabelle 12: Aufgabenentwicklung in Krankenhäusern 1991-2001**

Jahr	Betten	Fallzahl	Pflegetage (in Tausend)	Verweildauer
1991	665 565	13 924 907	203 552	14,6
1992	646 995	14 233 471	198 028	13,9
1993	628 658	14 385 416	189 935	13,2
1994	618 176	14 626 639	185 178	12,7
1995	609 123	15 001 593	181 697	12,1
1996	593 743	15 231 877	174 313	11,4
1997	580 425	15 510 578	170 919	11,0
1998	571 629	15 952 070	170 906	10,7
1999	565 268	16 260 785	168 864	10,4
2000	559 651	16 486 672	167 013	10,1
2001	552 680	16 583 906	162 795	9,8
Veränderung in Prozent	-17	19	-20	-33

Quelle: Statistisches Bundesamt 2003a.

In der Folge kommt es auch zu einer Zunahme der Überstunden – rund 80 % der Pflegekräfte leisten zwischen 10,4 und 11,9 Überstunden pro Monat. Insbesondere das Leitungspersonal in der Intensivpflege ist mit durchschnittlich 15,4 Überstunden hiervon betroffen (vgl. Nolting et al. 2000: 37f.). Hinzu kommen wachsende körperliche Belastungen und Erkrankungen vor allem im Bereich der Wirbelsäule und die Zunahme psychosomatischer Beschwerden. Untersuchungen des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) haben ergeben, dass die Pflegekräfte trotz einer deutlich gestiegenen Arbeitsintensität etwa 28 % ihrer Arbeitszeiten mit *fachfremden oder patientenfernen Tätigkeiten* verbringen, was ebenfalls als sehr belastend wahrgenommen wird (vgl. Blum 2003). Die Situation der Beschäftigten in den Kernbereichen der ambulanten und stationären Versorgung zwischen wachsender Nachfrage, einer Intensivierung der Leistungserstellung, zunehmendem Kostendruck und steigenden Qualitätsanforderungen von Seiten des Gesetzgebers (siehe Kapitel 4.1.1) führen dazu,

<sup>35</sup> Die von der Unternehmensberatung Kienbaum unlängst durchgeführte Studie „Alten- und Behindertenhilfe 2002“ zur Personalsituation in Krankenhäusern und Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe, kam u.a. zu dem Ergebnis, dass der geringe Durchdringungsgrad leistungsgerechter Vergütung dazu führe, dass examinierte Fachkräfte die Organisation häufiger wechselten.

dass die Attraktivität der Berufe zunehmend sinkt (vgl. Spinner 2003). Auf Ebene der Leistungserstellung äußert sich dies dann in einem deutlichen Personalmangel und führt in der Folge auch zu einer weiteren Überlastung des vorhandenen Personals.

Von ALBERT HIRSCHMANN stammt die Unterscheidung zwischen EXIT und VOICE, also zwischen Widerspruch und Abwanderung als Mittel der (politischen) Willensäußerung. BECKER/MEIFORT haben speziell für den Bereich der Altenpflege herausgearbeitet, dass zum einen die Gründe für einen Berufsausstieg aus der Pflege nicht eindimensional zu beschreiben sind und dass andererseits der Ausstieg aus der Pflege nicht erst nach langer Berufstätigkeit in Erwägung gezogen wird, sondern schon während der Ausbildung bedacht und zum Teil vollzogen wird (vgl. Meifort/Becker 1998). Obwohl man sich zu genauen Schätzungen bezüglich der *beruflichen Verweildauer von Pflegekräften* weitestgehend zurückhält<sup>36</sup>, besteht Einigkeit darüber, dass die durchschnittliche Berufszugehörigkeitsdauer von Pflegekräften in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen ist, d.h. Berufsangehörige wählen schneller und/oder öfter die EXIT-Option (vgl. Voges 2002: 187). Im Bereich der Krankenpflege wird häufig mit einer Durchschnittlebensarbeitszeit von 3 bis 7 Jahren argumentiert. FLIEDER hält diese Zahlen jedoch für nicht ausreichend empirisch belegt, da ihrer Ansicht nach die Betriebszugehörigkeit oft mit der Berufszugehörigkeit gleichgesetzt wird (vgl. Flieder 2002: 26). Zudem trägt die einseitige wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Berufsabwanderern dazu bei, die Unkenntnis über den Pflegeberuf weiter auszubauen, was sich wiederum in einem zunehmend schlechten Image und einem sinkenden Interesse am Pflegeberuf widerspiegelt (Rabe-Kleberg 1999: 107). Derzeit wird an der Universität Wuppertal an der NEXT-Studie (Nurses' Early Exit Study) gearbeitet, welche zum ersten Mal im Rahmen eines *europäischen Vergleichs* systematisch klären soll, warum viele Pflegekräfte den Pflegeberuf lange vor Erreichen des Rentenalters verlassen (Hasselhorn/Tackenberg/Müller 2003; Internetdokument zur NEXT-STUDIE unter <http://www.next-study.net>). Dabei lassen sich folgende Ergebnisse exemplarisch zusammenfassen:

- *Der Anteil der Beschäftigten, welche einen Berufsausstieg erwägen, variiert deutlich zwischen den Ländern.* Der mit Abstand größte Anteil wurde in Großbritannien ermittelt. Dort erwogen 36,2 % diesen Schritt oft, gefolgt von Italien mit 20,7 %. Deutschland liegt mit einem Anteil an Ausstiegswilligen von 18,5 % an dritter Stelle. Die niedrigsten Anteilswerte hatten die Slowakei (11,7 %), Belgien (9,8 %) und die Niederlande (8,8 %) zu verzeichnen.

---

<sup>36</sup> Die erste repräsentative Studie zur Verweildauer im Pflegeberuf, die Dornier-Studie 1989, wurde im Kontext der Debatte um den Pflegenotstand Mitte der 1980er Jahre durchgeführt.

- *Die Absicht die Pflege zu verlassen, variiert zudem mit dem Geschlecht*, wobei Männer in allen Ländern – außer Italien – den Berufsausstieg häufiger als Frauen erwägen. Signifikant waren die Unterschiede in der Slowakei, Norwegen, Finnland, Belgien und den Niederlanden. In Deutschland betrug der Anteil 18,0 % bei den Frauen und rund 21 % bei den Männern.
- *Die Absicht die Pflege zu verlassen, variiert mit dem Alter*. In der gesamten Teilnehmergruppe nahm der Anteil derer, die dies oft erwogen bis zur Altersgruppe von 30 bis 35 Jahren zu, um in den folgenden Altersgruppen kontinuierlich abzusinken. Dabei lassen sich jedoch unterschiedliche Muster für die verschiedenen Länder feststellen, wobei in Deutschland der Anteil mit über 25 % in dieser Altersgruppe überdurchschnittlich hoch ist. Auffällig ist zudem die permanent hohe Ausstiegswilligkeit der Teilnehmer in Großbritannien über alle Altersklassen hinweg.
- *Die Absicht die Pflege zu verlassen, variiert mit dem Qualifikationsniveau*. So war der Ausstiegswunsch im Durchschnitt am höchsten bei Pflegepersonal mit höherem Qualifikationsgrad, sprich bei examiniertem Personal (14,8 %) und bei Pflegepersonal mit Zusatzqualifikation (15,0 %). Dagegen sank der Anteil bei Pflegehelfern auf 11,6 % und bei Personen ohne Ausbildung auf 12,5 %.

Die bisherigen Ergebnisse der Studie zeigen darüber hinaus, dass sich ein deutlicher Zusammenhang nachweisen lässt zwischen dem Wunsch, die Pflege zu verlassen (nicht nur die Einrichtung<sup>37</sup>!) sowie den Arbeitsbedingungen nach Einschätzung der Befragten „vor Ort“. Dies bedeutet also, dass zwischen „attraktiveren“ und „unattraktiveren“ Einrichtungen unterschieden werden kann. Die Flucht vor den spezifischen Arbeitsbedingungen im Betrieb führt im ungünstigsten Fall somit letztendlich zum generellen Berufsausstieg. Im Umkehrschluss verweisen diese Ergebnisse aber auch darauf, dass die Einrichtungen durchaus Gestaltungsspielräume besitzen, um ihre Beschäftigten durch betriebliche Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitssituation im Beruf zu halten. Dies wird auch in weiteren empirischen Untersuchungen zu den Arbeitsbedingungen von Pflegekräften bestätigt (vgl. Nolting et al. 2000). Der starke Nachholbedarf der Einrichtungen im Bereich der Mitarbeiterorientierung wird bereits dadurch signalisiert, dass die Steigerung der Kundenzufriedenheit in Krankenhäusern derzeit in erster Linie auf Kosten der Mitarbeiterzufriedenheit zu erreichen ist. Dies lässt sich wiederum auf organisatorische Probleme zurückzuführen, die den Beschäftigten bei einer entsprechenden Kundenorientierung hohes Improvisationsvermögen

---

<sup>37</sup> Der Wunsch aus der Pflege auszusteigen war besonders groß bei dem Pflegepersonal in Krankenhäusern (17,1 %), gefolgt von Pflegeheimen (12,5 %) und dem ambulanten Pflegebereich (10,8 %).

und überdurchschnittliches Engagement abverlangen (vgl. Bandemer/Hilbert/Born 2002).

### **3.6 Zusammenfassung im Hinblick auf die Fragestellung**

Die Gesundheitswirtschaft war in den vergangenen Jahren ein entscheidender Motor des bundesdeutschen Strukturwandels. Obwohl Zukunftsforscher die Bedeutung der besonderen Güter Gesundheit und Lebensqualität schon länger als Megatrend der wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung beschrieben haben, wurde erst im Laufe der 90er Jahre der wertschöpfende Charakter der Branche und ihre Potenziale für die beschäftigungs- und wirtschaftspolitische Entwicklung erkannt. Die Gesundheitswirtschaft ist im Gegensatz zum enger gefassten Begriff des Gesundheitssektors dadurch gekennzeichnet, dass nicht nur der Kernbereich der ambulanten und stationären Versorgung, sondern auch die Vorleistungs- und Zulieferindustrien sowie Randbereiche und Nachbarbranchen berücksichtigt werden. Die Zunahme des gesellschaftlichen Wohlstandes sowie soziodemographische Trends – allen voran die Individualisierung und das Altern der Gesellschaft – ebenso wie der medizinische und organisatorische Fortschritt wirkten in der Vergangenheit positiv auf die Entwicklung der Branche. Auch für die Zukunft wird ein weiterer Ausbau der Beschäftigtenzahlen und der Umsätze der Gesundheitswirtschaft prognostiziert.

Während die *Nachfrage* nach Produkten und Dienstleistungen ausbaufähig erscheint, entwickelt sich allerdings die *Angebotsseite* der Branche zunehmend zum Engpass: Qualifizierte Arbeit im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft entlang aller entscheidenden Berufsgruppen – Ärzte, Kranken- und Altenpflegekräfte – entwickelt sich zur Mangelware! In vergleichenden Untersuchungen lassen sich insbesondere folgende Ursachen für diese Entwicklung identifizieren: Der Rückgang der Auszubildendenzahlen einerseits, bedingt auch durch die unzureichenden Arbeitsbedingungen verbunden mit – im Vergleich zu anderer Facharbeit – niedrigen Löhnen und unattraktiven Karrierewegen andererseits führen dazu, dass die Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft bereits heute Probleme haben, ausreichend Arbeitskräfte auf dem externen Arbeitsmarkt rekrutieren zu können. Neben dem auch demographisch bedingten Rückgang der Ausbildungsjahrgänge ist, wie aufgezeigt werden konnte, der akute Fachkräftemangel ursächlich insbesondere auf die unzureichende Qualifizierung der Bewerber aus Sicht der Betriebe zurückzuführen. Zudem befindet sich die Branche, wie im folgenden Kapitel gezeigt werden wird, in einem nachhaltigen Umbruchprozess, welcher die Qualifizierung der Beschäftigten vor neue Herausforderungen stellt. Das System der beruflichen Bildung ist derzeit jedoch nur

begrenzt in der Lage den für die Entwicklung der Branche notwendigen Qualifizierungsbedarf auch einzulösen. Die große Hoffnung der Dienstleistungsgesellschaft entwickelt sich somit in wachsendem Maße zum Sorgenkind.

## 4 Die Gesundheitswirtschaft im Umbruch – Herausforderung für die Qualifizierung

Die Gesundheitswirtschaft sieht sich derzeit einer Vielzahl von Entwicklungstrends ausgesetzt, welche die beruflichen Herausforderungen und im Weiteren den Qualifizierungsbedarf der Branche sowohl direkt als auch indirekt beeinflussen. Prinzipiell lässt sich zwischen einem *quantitativen* (Wie viele Fachkräfte braucht die Gesundheitswirtschaft?) und einem *qualitativen* (Welche Qualifizierungsinhalte sind notwendig?) *Qualifizierungsbedarf* unterscheiden. Im Rahmen dieses Kapitels steht zunächst die Frage nach den Auswirkungen aktueller Entwicklungstrends der Gesundheitswirtschaft auf die Qualifizierungserfordernisse im Mittelpunkt des Interesses. Die Dynamik und Reichweite der Veränderungen der letzten Jahre unterstreichen, dass sich die Branche derzeit in einem gravierenden und nachhaltigen Umbruch befindet. Soviel vorab: Die *gesundheitsrechtlichen und -politischen Vorgaben, soziodemographische und soziokulturelle* ebenso wie *medizinische, pflegewissenschaftliche und technologische Entwicklungstrends* lassen sich als die wichtigsten Einflussfaktoren auf den qualitativen und quantitativen Qualifizierungsbedarf der Branche identifizieren. Zudem wirkt der *derzeitige und prognostizierte Fachkräftemangel* der Branche als entscheidender Auslöser für betriebliche Fort- und Weiterbildungsaktivitäten in der Gesundheitswirtschaft.

Im *zweiten Abschnitt* dieses Kapitel soll der Frage nachgegangen werden, wie die berufliche Bildung derzeit auf die Entwicklungen der Gesundheitswirtschaft hinsichtlich ihres Qualifikationsbedarfs eingestellt ist. Dabei kann aufgezeigt werden, dass das System der beruflichen Bildung entgegen seiner eigentlichen Funktion nicht als Innovationsmotor (siehe Kapitel 2.5.2), sondern selbst als Auslöser betrieblicher Qualifizierungsbedarfe wirkt. Die Strukturen der beruflichen Aus- und Weiterbildung in den Gesundheits- und Sozialberufen präsentieren sich in der Umbruchsituation der Gesundheitswirtschaft geradezu konträr zu den idealtypisch formulierten Anforderungen an ein kohärentes System „Lebenslangen Lernens“ und sind damit derzeit nur begrenzt in der Lage, die aus dem Wandel entstehenden qualifikatorischen Anforderungen zu bewältigen. Sowohl die Modernisierung als auch die Entwicklung der Branche stehen derzeit angesichts dieser nur unzureichend eingelösten Qualifikationsfunktion des Systems der beruflichen Bildung „auf des Messers Schneide“.



#### 4.1 Endogene und exogene Entwicklungstrends mit Einfluss auf den Qualifizierungsbedarf in der Gesundheitswirtschaft

Neben einzelnen, für die jeweiligen Einrichtungen bedeutenden Entwicklungsherausforderungen, lässt sich ein *gemeinsames Szenario* darstellen, das den Qualifizierungsbedarf der Branche nachhaltig beeinflusst und verändert. Die auf den Qualifizierungsbedarf der Gesundheitswirtschaft Einfluss nehmenden Faktoren können zunächst zwischen äußeren (*externen*) und inneren (*endogenen*) Einflussfaktoren differenziert werden. Während die soziodemographische Entwicklung oder der Wandel der gesundheitsrechtlichen Rahmenbedingungen Veränderungen des Qualifikationsbedarfes gewissermaßen „von außen“ induzieren, bewirken der akute Personalmangel oder die Internationalisierung der Branche Qualifizierungsnotwendigkeiten, welche aus der Branche selbst entstehen.

**Tabelle 13: Klassifizierung der wichtigsten Einflussfaktoren auf den quantitativen und qualitativen Qualifizierungsbedarf in der Gesundheitswirtschaft**

	<b>Einflussfaktoren „höherer Reichweite“</b>	<b>Einflussfaktoren „geringerer Reichweite“</b>
<b>EXOGEN</b>	demographische Entwicklungen (z.B. Alter, Migration); Wandel der kulturellen Werthaltungen; Stärkung und Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Anbietern; Technischer Fortschritt; Stärkung der Prävention;	Einführung der Fallpauschalen (DRGs); Integrierte Versorgungsmodelle; Implementierung gesetzlicher verordneter Qualitätsmanagementmaßnahmen; Umsetzung der gesundheitspolitischen Lösung „ambulant vor stationär“
<b>ENDOGEN</b>	Medizinisch-technischer, gesundheitswissenschaftlicher Fortschritt; Internationalisierung der Branche; Fachkräftemangel der Branche; Dysfunktionalitäten im System der Aus- und Weiterbildung;	Regionale Profilierung von Gesundheitsregionen; Betriebliche Reorganisation (z.B. Optimierung von klinischen Behandlungspfaden);

Im Weiteren ist zu differenzieren zwischen solchen Entwicklungstrends, welche die Branche und damit den Qualifizierungsbedarf lediglich punktuell, d.h. etwa nur im Kernbereich der ambulanten und stationären Versorgung verändern (*Einflussfaktoren „geringerer Reichweite“*). So erfolgt die Einrichtung des Systems der Fallpauschalen (DRGs)<sup>38</sup> in den Krankenhäusern und erfordert verstärkt die Durchführung von Kodier-Schulungen bei den dort beschäftigten Mitarbeitern. Des Weiteren sind solche Entwicklungstrends nachzuzeichnen, welche die Gesundheitswirtschaft vor grundlegend neue Herausforderungen stellen. Sie werden hier als *Einflussfaktoren „höherer Reichweite“* bezeichnet. Ein Beispiel: Die demographische Entwicklung

<sup>38</sup> DRG steht für „Diagnosis Related Group“. Hierbei handelt es sich um Patientenklassifikationssysteme, die aufwandsähnliche Krankheitsfälle einer möglichst kostenhomogenen Fallgruppe und einer bestimmten Kostenklasse zuordnen.

führt auf Dauer zu veränderten Herausforderungen entlang aller Bereiche der Branche. Im Kernbereich verändern sich die Patientenstrukturen, in den Vorleistungs- und Zulieferindustrien müssen verstärkt auch Produkte konzipiert und bereitgestellt werden, die das Leben für ältere Menschen vereinfachen bzw. ihre Lebensqualität steigern. In den Rand- und Nachbarbereichen wird vor allem die Freizeit – und Tourismusindustrie von der demographischen Entwicklung in punkto Qualifizierung beeinflusst. In Tabelle 13 sind die wichtigsten Einflussfaktoren der Gesundheitswirtschaft entlang der beschriebenen Merkmale klassifiziert.

Die im Folgenden dargestellten Entwicklungstrends sind in ihren Wirkungen auf den Qualifizierungsbedarf nicht immer trennscharf. Dennoch lässt sich analytisch folgender Wirkungszusammenhang unterstellen (siehe Kapitel 1.1): Die Veränderungen der gesundheitsrechtlichen und -politischen Rahmenbedingungen ebenso wie gesamtgesellschaftliche „Megatrends“ (soziodemographischer Wandel, Wandel der kulturellen Werthaltungen auf der Makroebene) verändern die relevante Umwelt und somit die Handlungsvoraussetzungen unter denen die Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft agieren (Mesoebene). In der Folge werden Veränderungen in den Arbeitssystemen der Einrichtungen notwendig: Neue und erweiterte Aufgaben erfordern eine Neuorganisation der bestehenden Arbeitsabläufe und eine Anpassung der dafür erforderlichen Tätigkeitsprofile. Da die vorhandenen Grundkenntnissen und Fähigkeiten zur Bewältigung der veränderten betrieblichen Anforderungen nicht immer ausreichen, führen die exogenen und endogenen Umwelteinflüsse in den Unternehmen der Gesundheitswirtschaft zu neuen Anforderungen an die berufliche Qualifikation der Beschäftigten. Der daraus entstehende Qualifizierungsbedarf der Betriebe und der Beschäftigten (Mikroebene) beschreibt die Diskrepanz zwischen den tatsächlich vorhandenen sowie den benötigten Qualifikationen zur Bewältigung des induzierten Wandels.

#### ***4.1.1 Von der regulierten Sozialeinrichtung zur wettbewerbsorientierten Dienstleistungsorganisation***

Die Gesundheits- und Sozialpolitik der Bundesrepublik Deutschland ist in den letzten Jahren immer wieder Gegenstand zahlreicher Diskussionen gewesen. Dabei gilt die Suche nach Auswegen aus der häufig konstatierten Krise vor allem solchen Ansätzen, welche die Qualität medizinischer Leistungen und Prozesse – immer auch mit Blick auf den internationalen Vergleich – verbessern und gleichzeitig die Kosten dämpfen sollen. Die Finanzierungsmodalitäten sollten möglichst so gestaltet sein, dass die internationale Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft (Stichwort: Lohnnebenkosten) nicht beeinträchtigt bzw. sogar verbessert wird. Dabei zielen die Reformvorschläge sowohl auf eine *Ausweitung des Sozialversicherungsprinzips* (Erweiterung der Beitragsbemes-

sungsgrundlage und der Beitragsbemessungsgrenze) als auch auf eine *Fokussierung der solidarisch finanzierten Leistungen* in einem enger definierten Grundleistungskatalog. Des Weiteren wird angestrebt *zusätzliche private Kaufkraft* über Zusatzversicherungen (etwa Zahnersatz) oder aber durch direkte Zahlungen von privaten Haushalten für Gesundheitsleistungen zu mobilisieren (vgl. Hilbert/Fretschner/Dülberg 2002: 23).

**Tabelle 14: Gesundheitsrechtliche und –politische Vorgaben mit Einfluss auf den Qualifizierungsbedarf in der Gesundheitswirtschaft**

a)	<b>Grenzüberschreitende Nachfrage von Gesundheitsdienstleistungen</b> folgt dem Marktrecht der EU (Freier Waren- und Dienstleistungsverkehr ab 2005);
b)	<b>Stärkung und Intensivierung des Wettbewerbs</b> zwischen den Leistungsanbietern im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) von 1993;
c)	<b>Maßnahmen der internen und externen Qualitätssicherung</b> und der Qualitätsentwicklung nicht zuletzt als Reaktion auf festgestellte Versorgungs- und Qualitätsmängel vor allem in der stationären Versorgung älterer Menschen; Einführung des Pflegequalitätssicherungsgesetzes (PQsG) im Jahr 2001;
d)	Verpflichtung zur Qualitätssicherung im stationären Sektor durch die Novellierung des SGB V §§ 135a ff. (2001);
e)	<b>Auf- und Ausbau integrierter Versorgungsstrukturen</b> mit dem Ziel einer effizienteren und effektiveren kunden- bzw. patientenorientierten Zusammenarbeit der verschiedenen Versorgungsbereiche (nach § 140 a-h SGB V);
f)	<b>Einführung der Disease-Management-Programme</b> (§ 116b Absatz 1 SGB V) vor dem Hintergrund spezifischer Krankheitsbilder;
g)	Neuregelung der Finanzierung durch die <b>Pauschalierung der Entgeltsysteme</b> (Einführung der DRGs nach §§ 17a, 17b KHG ab 2004 verbindlich);
h)	GKV-Modernisierungsgesetz 2003 verpflichtet Ärzte, Pflegekräfte und andere Gesundheitsberufe zukünftig zur Fortbildung (z.B. Vorschriften zur Fortbildung in den Pflegediensten) und zur Nutzung neuer IuK-Technologien für eine Verbesserung der Wirksamkeit und einer effizienteren Gestaltung von Informations- und Kommunikationsströmen (z.B. Einführung der elektronischen Patientenakte);

Wie bereits in anderen Wirtschaftsbereichen zuvor (z.B. Telekommunikation, Energiewirtschaft, Postwesen u.a.) wird auch in der Gesundheitswirtschaft staatliche Regulierung zunehmend um Wettbewerbselemente ergänzt (siehe Kapitel 2.4.2). Auch das jüngste GKV-Modernisierungsgesetz bildet hier keine Ausnahme. Die Auswirkungen der wichtigsten Reformansätze und -schritte, welche die Gesundheitswirtschaft in den letzten Jahren nachdrücklich beeinflusst haben (siehe Tabelle 14), können mit folgenden Stichworten umrissen werden: Die politisch gewollte Stärkung des Wettbewerbsprinzips im Gesundheitswesen hat dazu geführt, dass der Innovations-, der Wettbewerbs- und Profilierungsdruck für die einzelnen Anbieter der Gesundheitswirtschaft in der Vergangenheit deutlich gestiegen ist und voraussichtlich auch künftig weiter steigen wird. Qualität und Kosteneffizienz sind mittlerweile zu entscheidenden Wettbewerbsparametern geworden. Wenngleich sich die Gesundheitspolitik in Deutschland nur relativ langsam bewegt, so kann dennoch davon aus-

gegangen werden, dass die absehbaren Veränderungen einen tief greifenden und nachhaltigen Einfluss auf die Qualifizierungsnotwendigkeiten der Beschäftigten haben werden (vgl. Hilbert/Fretschner/Dülberg 2002: 23). Während die Qualifizierungsaktivitäten in der Vergangenheit in erster Linie auf die skizzierten fachlich dominierten Fort- und Aufstiegsweiterbildungen beschränkt waren, gewinnt in Zukunft der *Qualifikationsmix* in den Einrichtungen an Bedeutung: Der Wandel der Einrichtungen vor allem im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft von „regulierten *Sozialeinrichtungen*“ zu „wettbewerbsorientierten *Dienstleistungsorganisationen*“ (Landenberger 1998) und von „Nonprofit- zu Forprofit-Unternehmen“ (Klinger 2003) rückt – wie gezeigt werden wird – bisher eher vernachlässigte, zukünftig aber notwendige Kompetenzen in den Bereichen Management, Controlling, Organisation, Kundenorientierung, Technik, Logistik und Finanzierung in den Mittelpunkt der Qualifizierungsaktivitäten.

Nachfolgende Tabelle 15 veranschaulicht die wesentlichen Merkmale der „regulierten *Sozialeinrichtung*“ im Vergleich zur „wettbewerbsorientierten *Dienstleistungsorganisation*“. Die Entwicklung und Modernisierung der Gesundheitswirtschaft ist aufgrund einer zunehmenden Verlagerung der Finanzierung vom öffentlichen und halb-öffentlichen in den privaten Bereich sowie aufgrund veränderte Problemlagen und Ansprüche, auf die Entwicklung attraktiver und marktgängiger Dienstleistungsangebote und ihre Refinanzierung auch durch private Mittel angewiesen. Insofern stehen die personenbezogenen Dienstleistungen in wettbewerbsorientierten Dienstleistungsorganisationen durchaus unter erheblichem *Innovationsdruck* (vgl. Garms-Homolová 1998). Nicht nur die Entwicklung neuer, innovativer Produkte, sondern der Kundenorientierung generell sowie dem Qualitätsmanagement wird in diesem Organisationstypus ein hoher Stellenwert beigemessen. Zu der dargestellten Typologie sollten an dieser Stelle noch zwei notwendige Einschränkungen formuliert werden: Sowohl die „regulierte *Sozialeinrichtung*“ als auch die „wettbewerbsorientierte *Dienstleistungsorganisation*“ stellen lediglich *Idealtypen* dar. Wie im Weiteren noch dargestellt werden wird, lassen sich derzeit längst nicht alle Einrichtungen trotz der veränderten gesundheitspolitischen und –rechtlichen Rahmenbedingungen letzterem Typus zuordnen.

**Tabelle 15: Vergleichende Typologie der „regulierten Sozialeinrichtung“ und der „wettbewerbsorientierten Dienstleistungsorganisation“**

Merkmale	Regulierte Sozialeinrichtung	Wettbewerbsorientierte Dienstleistungsorganisation
Aufgabe	Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen vorwiegend als öffentliche Aufgabe; Gewährleistungs-, Bereithaltungspflicht	Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen als öffentliche und private Aufgabe; Gewährleistungs-, Bereithaltungspflicht und Innovationszwang
Kundenorientierung	Versorgungsprinzip und Bedarfsbezug: Kundenbedarfe werden universalistisch definiert; Kunde hat keine Wahl	Nachfrageorientierung und Bedarfsprinzip: Kundenbedarfe werden individuell definiert, Kunde hat Wahlmöglichkeiten
Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskontrolle	Basis institutionelles Vertrauen, keine expliziten Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskontrollen	Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskontrollen seitens der Finanzierungsträger; Qualitätsvergleiche im Rahmen von Benchmarkingprozessen; indirekte Kontrolle durch Nachfrager
Finanzierung	Selbstkostendeckungsprinzip; Kunde kennt Preis-Leistungsverhältnis nicht	Leistungsbezogene Entgelte; Erschließung zusätzlicher Einnahmequellen durch innovative Dienstleistungen; Kunde orientiert sich nach Preis-Leistungsverhältnis
Nachfragesteuerung	Anbietermonopol durch Konkurrenzausschluss und staatl. Bestandsschutz	Nachfrageabhängigkeit durch Rückzug des Staates
Beziehung Staat-Einrichtung	Subsidiaritäts- und Delegationsprinzip; Privilegierung von freigemeinnützigen und staatlichen/kommunalen Trägern	Beibehaltung des Subsidiaritäts- und Delegationsprinzips, jedoch Aufhebung der Privilegierung von freigemeinnützigen und staatlichen/kommunalen Trägern
Fort- und Weiterbildung, Personalmanagement/-entwicklung	Beschränkung auf traditionelle Aufstiegs- und Fachweiterbildungen; reaktive und unsystematische Personalentwicklung	Weiterbildung auch in eigentlich fachfremden Bereichen (Qualifikationsmix); prospektive und systematische Personalentwicklung

Quelle: Modifiziert nach Landenberger 1998: 142; eigene Darstellung

Zudem ist es zwar richtig, dass Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft – hier vor allem Kranken- und Altenpflegeeinrichtungen – sich zunehmend dem Modell des Wirtschaftsunternehmens annähern. Dennoch bestehen einige wesentliche Unterschiede. Krankenhäuser wie auch Altenpflegeeinrichtungen sind *Organisationen und Institutionen* zugleich: Als Institutionen liefern sie gesellschaftlich „bewährte Problemlösungen“, als Organisationen hingegen zeichnen sich die Einrichtungen durch ihre Zweckgebundenheit und spezifische (auch wirtschaftliche) Zielverfolgung mit formeller Mitgliedschaft und Regeln aus<sup>39</sup>. Während bei Wirtschaftsunternehmen *primär* das Ziel der Ertragssteigerung im Vordergrund steht, verfolgen genannte Einrichtungen in erster Linie gemeinnützige Aufgaben. Dies heißt weder, dass

<sup>39</sup> Mintzberg (1979) kennzeichnet Krankenhäuser in diesem Zusammenhang als eine besondere Form der Organisation, und zwar als „Professional Bureaucracy“. In dieser Spezialistenorganisation bilden hochqualifizierte Mitarbeiter (gemeint sind von Mintzberg hier die Ärzte!) das operative Herz der Organisation. Kennzeichnend für diesen analytisch gewonnen Strukturtypus von Organisationen ist, dass er in nicht allzu dynamischen Umwelten agiert und die Spezialisten hier eine starke Machtposition innerhalb der Organisation einnehmen.

Wirtschaftsunternehmen keine gemeinnützigen Aufgaben verfolgen können noch, dass Pflegeeinrichtungen nicht durchaus das Ziel der Gewinnmaximierung verfolgen. Aber es bedeutet, dass bei aller Notwendigkeit der wirtschaftlichen Betrachtung, das „*doppelte Mandat*“ dieser Einrichtungen nicht aus dem Auge verloren werden sollte. Der Begriff des „doppelten Mandats“ der Dienstleistungstheorie bezieht sich darauf, dass (exemplarisch) Alten- und Krankenpflegeeinrichtungen sowohl die Vorgaben der Gesundheits- und Sozialpolitik in Form von Gesetzen, Leistungsprogrammen und Verfahren als auch den konkreten Hilfebedarf des Individuums zu bearbeiten und zu integrieren haben. Der politisch induzierte Umbruch von der regulierten Sozialeinrichtung zum wettbewerbsorientierten Dienstleistungsunternehmen kann somit auch als Bewältigung der Neugestaltung der Balance zwischen rechtlich-gesetzgeberischen Vorgaben einerseits und den konkreten Patientenbedürfnissen andererseits im Rahmen des „doppelten Mandats“ interpretiert werden.

Die Einrichtungen reagieren auf die veränderten gesundheitsrechtlichen- und politischen Rahmenbedingungen mit einer Veränderung ihrer betriebsinternen und schnittstellenübergreifenden Aufbau- und Ablauforganisation. Die Ausgründung von *Profit-Centern*, die Einführung von *Clinical Pathways*<sup>40</sup> (vgl. Roeder et al. 2003) ebenso wie die Einführung von *ganzheitlichen Pflegesystemen* – z.B. der Wechsel von der *Funktions-* zur *Bezugspflege*<sup>41</sup> – verändern insgesamt den Koordinations- und Kooperationsbedarf innerhalb der Einrichtung und beeinflussen somit unmittelbar die Anforderungen an die Qualifikation der Beschäftigten. Insbesondere an Pflege und Medizin im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft entstehen neue Kooperationsherausforderungen: Die beteiligten Berufsgruppen müssen die Bereitschaft zum interdisziplinären Diskurs sowie zu einer Verbesserung der Kooperationsorientierung aufbringen. Dies kann letztendlich nur eine Neujustierung der derzeitigen Diskussion nach sich ziehen: Nicht mehr die Frage „Wer *darf* wofür zuständig sein?“ sondern „Wer kann welche Aufgaben unter welchen Bedingungen am besten übernehmen?“ sollte hier im Zentrum stehen (vgl. Dahlgaard/Stratmeyer 2003). Sowohl die organisatorischen als auch die kommunikativen Kompetenzen der Beschäftigten werden zukünftig an dieser Stelle besonders gefordert sein. Die Orientierung der Einrichtungen an ihren

---

<sup>40</sup> Clinical Pathways (auch klinische Behandlungspfade, Patientenpfade oder Indikationspfade) geben den Vorgang für die Diagnose und Therapie häufiger Krankheiten vor. Dadurch, dass in den Ländern mit DRG-System die durchschnittliche Krankenhausverweildauer gesenkt wurde, sind Clinical Pathways entwickelt worden, um auf der einen Seite die Qualität der Versorgung weiterhin zu gewährleisten und auf der anderen Seite den Behandlungsprozess zu straffen.

<sup>41</sup> Die Funktionspflege bezeichnet ein durchgehend standardisiertes und tätigkeitsorientiertes Vorgehen im Pflegeprozess. Der Erfüllung pflegerischer Funktionen (Bettenmachen; Blutdruckmessen etc.) wird ein höherer Stellenwert beigemessen als den konkreten und individuellen Bedürfnissen der Patienten. Anders in der Bezugspflege: Hier betreut eine Pflegekraft prozessorientiert einen Patienten über einen längeren Zeitraum. Die Bezugspflege kann wiederum entlang eines einzelnen Bereichs, eines Zimmers oder einer bestimmten Gruppe von Patienten organisiert sein (Bereichs-, Zimmer- oder Gruppenpflege).

Leistungsprozessen erfordert von den Beschäftigten das Denken in Prozessen jenseits einzelner Verrichtungen. Qualifikationen werden insofern nicht mehr direkt nur durch die in den Einrichtungen agierenden Berufe und den ihnen zugrunde liegenden Qualifikationen, sondern eben durch die Prozessorganisation bestimmt. Die Optimierung der Prozesse wird selbst als kontinuierlicher Verbesserungsprozess unter Rückgriff auf bewährte Qualitätsmanagementmodelle organisiert. Die Qualifikation der Beschäftigten für die einrichtungsinternen Leistungsprozesse kann entsprechend nicht als Konstante verstanden werden, sondern auch die Qualifizierung selbst unterliegt einem Prozess der ständigen Verbesserung. Dies erfordert eine systematisch betriebene Personalentwicklung in den Einrichtungen.

Mit neuen Formen der Arbeitsorganisation jenseits von Hierarchie und starker Versäulung wird in den Einrichtungen derzeit jedoch noch eher zögerlich experimentiert. Dies ist umso bedauerlicher, da in zahlreichen Untersuchungen auf den positiven Einfluss veränderter Arbeitsstrukturen – etwa im Rahmen von Gruppenarbeit (Windel et al. 1999) – auf die Innovationsfähigkeit, das Arbeitsklima und auf die Verbesserung der Dienstleistungsqualität hingewiesen wurde (vgl. Exton/Totterdill 2004: 348). Gerade mit Blick auf die unzureichenden Arbeitsbedingungen und den frühen Berufsausstieg (siehe Kapitel 3.5.2) sollte die Diskussion um neue Formen der Arbeitsorganisation, in Verbindung mit betrieblichen Konzepten zur Gesundheitsförderung, zukünftig verstärkt auch in die gesundheitspolitische Agenda Eingang finden<sup>42</sup>.

Es ergeben sich darüber hinaus auch *neue und erweiterte Einsatzfelder* für Ärzte und Pflegekräfte in den Einrichtungen. Durch die gesetzliche der Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung erschließt sich für die Einrichtungen die Möglichkeit zur Erbringung *hochspezialisierter fachärztlicher Leistungen* (§ 116b Abs. 2 SGB V), der Teilnahme an Verträgen zur *integrierten Versorgung* (§§ 140a ff. SGB V) und *Disease-Management-Programmen* (§ 116b Absatz 1 SGB V). Im Rahmen der Ausgründung von Gesundheitszentren nach § 95 Abs. 1 SGB V ist z.B. der Einsatz in Call-Centern (Gatekeeper-Funktion), in der Gesundheits- und Ernährungsberatung oder aber in der Durchführung von Präventionsangeboten denkbar. Gerade auch Angebote der Rand- und Nachbarbereiche der Gesundheitswirtschaft gewinnen im Kernbereich zunehmend an Bedeutung. Ein Beispiel: Im Oktober 2003 wurde am Klinikum Dachau die „Amber Vital Arena“

---

<sup>42</sup> Zwar hat das Thema Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen in den letzten 10 Jahren an Bedeutung gewonnen. Das Projekt „Gesundheitsförderung im Krankenhaus“ in Zusammenarbeit der Städtischen Kliniken Solingen mit der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld (1993-1995), war hier ein entscheidender Meilenstein. Gerade auch Projekten, welche durch die Verbesserung der Arbeitsorganisation und Kompetenzentwicklung auf eine Steigerung der Arbeits- und Dienstleistungsqualität abzielen, sollte in Zukunft verstärkte Beachtung beigemessen werden.

eröffnet. Hierbei handelt es sich um ein großzügig ausgestattetes physiotherapeutisches Zentrum für Prävention, Therapie und Rehabilitation. Das Zentrum ist zunächst für Patienten aus dem Hause selbst gedacht, deren Heilungsprozess durch Bewegungstherapie gefördert werden soll. Darüber hinaus soll das Angebot jedoch vor allem auch selbstzahlende Kunden ansprechen (vgl. Ghanaat: 2003). Hier finden sowohl neue Berufe jenseits der Pflege und Medizin (z.B. Sport- und Fitnesskaufleute, Gesundheitspädagogen, Sportmediziner) als auch veränderte Qualifikationsprofile Eingang in den Kernbereich der Gesundheitswirtschaft.

Der Ausbildung von *Kompetenz- und Gesundheitszentren* (vgl. Werthmann/Reif 2003; Woltemate 2004) wird gerade in Zeiten steigender Insolvenzen von Kliniken große Bedeutung beigemessen. Wer im Wettbewerb überleben will – so der Berater des Gesundheitsministeriums Karl Lauterbach – wird zukünftig verstärkt auf ambulante Komplementärleistungen und die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitseinrichtungen setzen müssen (vgl. Schwing 2003). Erste Gesetzesinitiativen wie § 115b im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) von 1993 sowie die Ermöglichung von Strukturverträgen durch § 73a (1997) wiesen in der Vergangenheit den Weg in die *integrierte Versorgung* (vgl. Woltemate 2004). Es ergeben sich hier sowohl neue Anforderungen an die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, mit Kur- und Rehabilitations- sowie mit Altenpflegeeinrichtungen als auch an die ambulante Versorgung innerhalb der Einrichtungen (vgl. Fretschner/Hilbert/Dülberg 2002: 25). Darüber hinaus können nun auch die ambulanten Pflegedienste durch das GKV-Modernisierungsgesetz, nach § 140d SGB V, Partner in der integrierten Versorgung sein. Vor allem Kompetenzen im Bereich des Überleitungs- und Schnittstellenmanagements, aber auch im Bereich der medizinischen Dokumentation sind hier künftig gefragt (vgl. Reisach 2003).

Qualifikationen im Bereich der medizinischen Dokumentation werden insbesondere durch die Umstellung auf das *System der Fallpauschalen (DRG)* von besonderer Bedeutung sein: Während bisher zwischen den Krankenhäusern und den Krankenversicherungen auf Basis von Tagespflegesätzen abgerechnet wurde, erfolgt dies in Zukunft auf Basis der krankheitsbezogenen Pauschalvergütung. Mit dieser Finanzierungsumstellung gehen veränderte Anreizstrukturen zur Versorgung der Patienten einher: Während Krankenhäuser bislang daran interessiert waren, die Patienten möglichst lange zu versorgen, haben sie nun unter Einsatz der DRG's den Anreiz die Verweildauer der Patienten möglichst kurz zu halten. Experten rechnen damit, dass in der Folge die Nachfrage nach Kurzzeit- Pflegeplätzen und Anschlussheilbehandlungen (AHB) in Senioren- und Pflegeeinrichtungen, aber auch in Rehabilitationskliniken



deutlich steigen wird (vgl. Goslich 2003). Im Bereich der Altenpflege, wie auch in der Rehabilitation, wird es aufgrund der Einführung der DRGs zu einer deutlichen Steigerung des Schweregrads der behandelten Fälle kommen, da die Krankenhäuser sich primär auf die Behandlung der Patienten mit akutem medizinischem Versorgungsbedarf beschränken werden (vgl. Bandemer/Hilbert 2003: 5). Die Qualifikation der Beschäftigten in der ambulanten Pflege wird in Zukunft in stärkerem Maße auch auf diese Behandlungsfälle ausgerichtet werden müssen.

Der gesetzlich implementierte Wettbewerb zwischen den Einrichtungen im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft bringt auch einen *Trend zur Fusionierung und Privatisierung* – etwa die Bildung von Krankenhauskonzernen (vgl. von Ahsen/Grashoff 2003) – mit sich. Ein bundesweit bekanntes Beispiel ist hier das in Hamburg ansässige *Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH*. Der Gang zur Börse ist für Krankenhäuser und Kliniken durchaus keine Seltenheit mehr, wie der schwedische Gesundheitskonzern Capio oder aber die bundesdeutsche Krankenhausgruppe der Rhön-Kliniken derzeit vormachen. Bis zum Jahr 2015 – so Schätzungen – werden ca. 50 % aller stationären Gesundheitsversorger börsennotiert sein (vgl. Preusker 2003a). Dies erfordert vor allem Kompetenzen im Bereich Management (Controlling mit betriebswirtschaftlichen Kennzahlen) und Personalführung von den Beschäftigten. Sowohl die Pflege als auch die Ärzteschaft und die Verwaltung werden hier gleichermaßen angesprochen. Des Weiteren werden die Einrichtungen zukünftig verstärkt darauf achten müssen, sich durch *Alleinstellungsmerkmale* (z.B. Darstellung ihrer medizinischen Kompetenzen, Service und Hotelfunktionen) von den Konkurrenten absetzen zu können (vgl. von Eiff 2003). Der Patient der Zukunft – sofern es sich nicht um Akutfälle handelt, bei denen keine Entscheidungsspielräume gegeben sind – wird mobiler und besser informiert sein und bei der Wahl des Krankenhauses mitentscheiden wollen. Derzeit veranstalten bereits 49 % der Krankenhäuser Fort- und Weiterbildungen rund um das Thema „patientenorientiertes Qualitätsmanagement“ und es kann davon ausgegangen werden, dass dieses auch zukünftig verstärkt auf der Tagesordnung stehen wird (vgl. Blum/Offermanns 2003).

Der Konkurrenzdruck zwischen den Anbietern der Gesundheitswirtschaft erhöht des Weiteren die Notwendigkeit, sich *durch innovative Produkte und Dienste* von den Konkurrenten auf dem „Pflegemarkt“ abzusetzen und durch die Verbesserung der Patienten- bzw. der Kundenorientierung sowie durch gezieltes Marketing und die Entwicklung von Dachmarken (z.B. sog. Hospital-Branding), Wettbewerbsvorteile zu erzielen (vgl. Storcks 2003). Die Unternehmen der Gesundheitswirtschaft stehen also vor der Entscheidung, ob sie eine Strategie der *Verbesserung der Marktdurchdringung*

oder der (kombinierten) Markt- und/oder Produktentwicklung betreiben möchten (Tabelle 16). Vor allem der Entwicklung neuer, kundenorientierter Dienstleistungen kommt hier eine entscheidende Bedeutung zu: Die Beschäftigten sollten die Fähigkeit entwickeln, die differenzierten Kundenbedarfe zu erkennen und letztlich in Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen in konkrete Produkt- und Prozessinnovationen zu übersetzen.

**Tabelle 16: Beziehungsgeflecht von Produkt- und Marktentwicklung**

<div style="text-align: center;"> <div style="display: inline-block; transform: rotate(-45deg); transform-origin: center;"> Märkte Leistungs- Spektrum </div> </div>	bestehende (aus Sicht des Unternehmens)	neue (aus Sicht des Unternehmens)
	bestehendes (aus Sicht des Unternehmens)	neues (aus Sicht des Unternehmens)
	Marktdurchdringung (bessere Ausschöpfung des bestehenden Marktes mit dem bestehendem Leistungsspektrum)	Marktentwicklung (Eroberung neuer Märkte mit dem bestehenden Leistungsspektrum)
	Produktentwicklung (alte Kunden für neue Leistungen gewinnen)	Produkt-Marktentwicklung (mit neuen Leistungen neue Kunden gewinnen)

Quelle: Illing 2003; eigene Darstellung

In punkto Innovationsfähigkeit der Unternehmen besteht derzeit jedoch noch Anlass zu großer Sorge. Beklagt werden vor allem die mangelhafte Evaluation und Markteinführung neuer Produkte und Dienstleistungen sowie die zu geringen und unkontrolliert verteilten Investitionen, gerade auch an die forschungsorientierten Universitätsklinika (vgl. Strehl 2003). Der Anstoß zum Wandel von der „regulierten Sozialeinrichtung“ zur „wettbewerbsorientierten Dienstleistungsorganisation“ erfolgt allerdings nicht „durch die unsichtbare Hand“ im Rahmen der hier angesprochenen Regulierungen, sondern nötig ist hier in erster Linie ein Umdenken in der einrichtungsinternen Qualifizierungspolitik. Viele Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen haben gravierende Schwierigkeiten, ihr Einnahmen- und Kostendenken den veränderten Rahmenbedingungen anzupassen, da in den Köpfen nach wie vor das „Kostendeckungsprinzip“ vorherrscht. Während einige Einrichtungen diesen Weg erkannt haben und versuchen, sich durch umfangreiche Aktivitäten in den Bereichen Qualitätsmanagement und Kundenorientierung sowie durch den systematischen Vergleich mit anderen Anbietern eine gute Ausgangsposition zu verschaffen (vgl. von Bandemer et al. 2001), wird die Notwendigkeit *kundenorientierte und bezahlbare Leistungen* bereitzustellen, von vielen Anbietern derzeit nur unzureichend wahrgenommen. So sind zahlreiche ambulante Pflegedienste aufgrund von *Qualifizierungsdefiziten* derzeit nicht oder nur begrenzt in der Lage, den Markt zu erschließen (vgl. Care-Konkret 43/2003). Gerade die ambulanten Pflegedienste stehen vor dem Hintergrund der jüngsten gesundheitspolitischen

Vorgaben unter Druck in punkto Qualifizierung: Durch das GKV-Modernisierungsgesetz sind Ärzte, Pflegekräfte und andere Gesundheitsberufe zukünftig zur Fortbildung verpflichtet. In den Verträgen mit den Krankenkassen nach § 132a SGB V müssen demnach Vorschriften zur Fortbildung in den Pflegediensten aufgenommen werden. Über den Inhalt der Fortbildung verhandeln die Bundesverbände der Krankenkassen und der Leistungserbringer. Wird die Fortbildung nicht nachgewiesen, dann drohen Sanktionen, Abschläge bei den Vergütungen sind dann vorgeschrieben (vgl. ebd.: 7). Es bleibt festzuhalten: Die Humanressource wird im Prozess der Modernisierung der Gesundheitswirtschaft zur wichtigsten Ressource. Damit die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen zukünftig ausgebaut werden kann, erhalten das Wissen und die Qualifizierung der Mitarbeiter im Rahmen einer systematisch betriebenen Personalentwicklung einen erheblichen Stellenwert (vgl. Schwing 2003).

#### ***4.1.2 Die Herausforderung „Soziodemographischer Wandel“: Kein Service „von der Stange“ – Produkte und Dienstleistungen für Gesundheit und mehr Lebensqualität***

Unserer Gesellschaft verändert sich: Der Begriff des „soziodemographischen Wandels“ dient dabei als Oberbegriff für jene Strukturen und Entwicklungen, die sich mit der Bevölkerungsentwicklung, der Bevölkerungszusammensetzung sowie der Art und Weise des Zusammenlebens der Menschen befassen. Es ist offensichtlich, dass hierunter eine ganze Fülle von Entwicklungstrends beschrieben werden könnten, so dass im Weiteren eine Fokussierung auf solche Entwicklungen notwendig wird, welche die Gesundheitswirtschaft und den Qualifizierungsbedarf in besonders nachhaltiger Weise beeinflussen. Besonders hervorzuheben sind an dieser Stelle die Schlussfolgerungen für den Qualifizierungsbedarf, welche sich einerseits aus der Veränderung der Ansprüche der Menschen an Produkte und Dienstleistungen der Gesundheitswirtschaft ergeben und andererseits aus der Entwicklung der Altersstruktur<sup>43</sup>. Die demographische Entwicklung schafft dabei nicht nur eine Nachfrage nach primär krankheitsbezogenen Dienstleistungen und entsprechenden Qualifikationen, sondern veränderte Bedürfnisse und Lebensstile auch im Alter forcieren den Wunsch nach neuen und veränderten Angeboten in den Bereichen Freizeit, Tourismus oder Wohnen (vgl. Hilbert/Naegele 2002). Folgende Entwicklungstrends sind hier von herausragender Bedeutung:

a) *Gesundheit und Lebensqualität nehmen in der Bedürfnishierarchie der Menschen mittlerweile einen entscheidenden Stellenwert ein:* Im Rahmen der von INGLEHART

---

<sup>43</sup> Auf die unterschiedlichen Konsequenzen, welche sich aus der Zugrundelegung der *Medikalisierungs-* oder *Kompressionsthese* auf die Nachfrage nach gesundheitsbezogenen Produkten und Dienstleistungen ergeben würden, soll an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden.

untersuchten Postmodernisierungsprozesse in 43 untersuchten Gesellschaften hinsichtlich der allgemeinen Wertorientierungen auf Basis der Daten des *World-Values-Survey* (siehe auch unter <http://www.worldvaluessurvey.org>), konnte für einen erheblichen Teil der untersuchten Gesellschaften eine postmoderne Werteververschiebung festgestellt werden, wobei die „Maximierung des Wohlbefindens“ einen erheblichen Stellenwert einnimmt (vgl. Inglehart 2000: 222). Mit zunehmendem materiellem Wohlstand und mit fortschreitender Individualisierung steigt auch das Bedürfnis der Menschen nach gesundheitlichem Wohlbefinden und individueller Lebensqualität, so dass in Zukunft entsprechende Dienstleistungsangebote in der Bedürfnis- und Werthierarchie der Bevölkerung oben stehen werden (vgl. Wasem 1999). In den Umfragen des bundesdeutschen *Wohlfahrtssurveys* wird die Wichtigkeit einzelner Lebensbereiche für das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der Befragten erhoben. Hierbei bestätigt sich noch einmal die Dominanz des privaten Lebensbereichs „Gesundheit“: Immerhin 80 % der Befragten weisen dem Merkmal „Gesundheit“ die höchste Priorität „Sehr wichtig“ zu. Interessanterweise liegt der Wert hier in Ostdeutschland mit 87 % der Befragten um fast 10 Prozentpunkte über den Befragungsergebnissen in Westdeutschland; hier waren es hingegen „nur“ 78 % der Befragten, welche dem Faktor Gesundheit die höchste Priorität zusprachen (vgl. Stat. BA 2002: 453 f.). In wachsenden Teilen der Bevölkerung entwickeln sich Gesundheit und Lebensqualität zunehmend zu Statussymbolen. Nicht mehr nur der demonstrative Konsum von Gebrauchsgütern wie Autos oder Fernsehern verrät etwas über Erfolg und Life-Style, sondern auch der regelmäßige Besuch im Fitness- (siehe Kapitel 3.2) oder Sonnenstudio, in Wellness-Oasen oder beim Schönheitschirurgen (vgl. Bartens 2001).

*b) Immer mehr Menschen sind bereit, für Gesundheit und Lebensqualität verstärkt auch private Mittel zum Einsatz zu bringen:* Die privaten Konsumausgaben für das gesundheitliche Wohlbefinden sind in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen. Verbraucher sind zunehmend bereit für ihre Gesundheit, neben den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, auch private Mittel einzusetzen (vgl. Price Waterhouse Coopers 2000: 7, Hilbert/Fretschner/Dülberg 2002: 26). Private Ausgaben für gesundheitsbezogene Güter und Dienstleistungen kamen im Jahr 2000 auf einen Anteil von 4,1 % an den gesamten Konsumausgaben der Haushalte. Der Einsatz privater Mittel für die Gesundheitspflege hat im Zeitverlauf eine deutlich steigende Tendenz vorzuweisen: Anfang der 90er Jahre (1991) betrug dieser Anteil noch lediglich 3,2 %. Im Jahr 1998 wendeten die privaten Haushalte in Deutschland monatlich insgesamt rund 75 Euro für die Gesundheitspflege auf. Allerdings lässt sich hierbei ein deutliches Ost/West-Gefälle konstatieren. In den neuen Ländern waren es lediglich 43 Euro, während im früheren Bundesgebiet die Haushalte monatlich 82 Euro und damit

überdurchschnittlich viel private Mittel, gemessen am Bundesdurchschnitt, für die Gesundheitspflege investierten. Gegenüber 1993 lassen sich deutliche Zuwächse verzeichnen: Insgesamt gaben die Haushalte zu diesem Zeitpunkt in Deutschland insgesamt nur 57 Euro monatlich (neue Länder: 25 Euro; früheres Bundesgebiet: 63 Euro) für die Gesundheitspflege aus (vgl. Stat. BA 2002: 119). Werden die privaten Ausgaben der Haushalte für Gesundheitsdienstleistungen aufgeschlüsselt nach der Höhe des monatlichen Haushaltseinkommens, so zeigt sich, dass mit steigendem Einkommen auch die privaten Aufwendungen für die Gesundheitspflege steigen (vgl. Breyer et al. 2001: 29ff.). Im internationalen Vergleich spielen private Mittel zur Finanzierung von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen bislang jedoch nur eine eher untergeordnete Rolle (vgl. Böcken/Butzlaff/Esche 2000: 165).

*c) Die Grenzen zwischen Wellness, Prävention und akuter Behandlung verschwimmen in der Leistungsbereitstellung immer mehr:* Integrierte Angebote gewinnen in der Gesundheitswirtschaft verstärkt an Bedeutung. Die private Gesundheitsfürsorge besitzt längst nicht mehr das angestaubte „Trimm-Dich-Image“. Sport- und Fitnessseinrichtungen verknüpfen ihre Leistungen im Bereich der Prävention mit Wellness-, Lifestyle- und kosmetischen Angeboten, inklusive Freizeitevents und ehemalige Spaß- und Freizeitbäder bieten auch alternativ-medizinische Behandlungen (z.B. Ayurveda) an. Der Markt ist durchaus vielversprechend, wie der Blick ins Ausland verdeutlicht: So wurden für die alternative Gesundheitsfürsorge 1997 in den USA schätzungsweise 21,2 Mrd. \$ ausgegeben. Zu den alternativen Behandlungen zählen so unterschiedliche Angebote wie Entspannungstechniken, Massagen und alternative Medizin ebenso wie chiropraktische Leistungen (vgl. Price Waterhouse Coopers 2000: 12). Unter dem Stichwort „*Medical Wellness*“ versuchen viele Anbieter der Gesundheitswirtschaft derzeit sich ihren Weg in den 2. *Gesundheitsmarkt* zu bahnen. Akut- und Rehakliniken, ebenso wie niedergelassene Ärzte, hoffen auf zusätzliche Einnahmen durch eine Öffnung ihres Leistungsspektrums hin zur Freizeit-, Gesundheits- und Lifestylemedizin. Auf der anderen Seite hoffen Thermen, Hotels und Spas durch eine verstärkte Medizinalisierung ihrer Leistungspalette auf einen Zugewinn an zahlungskräftiger Kundschaft und Seriosität (vgl. Illing 2003).

*d) Die Verfügbarkeit privater Mittel ist allerdings an die Bereitstellung qualitativ hochwertiger und bezahlbarer Produkte und Dienstleistungen gekoppelt.* Gemeint sind damit keine Angebote „von der Stange“, sondern die differenzierten und sich wandelnden Kundenbedarfe müssen in der Planung, Konzeption, Bereitstellung und Vermarktung der Dienstleistungen und Produkte berücksichtigt werden. Maßgeschneiderte Angebote verlangen Innovationsvermögen und somit auch neue Qualifikationen

von den Beschäftigten: Neben der Fähigkeit der Beschäftigten zur Entwicklung neuer Angebote erfordert der Wettbewerb unter den Anbietern auch einen grundlegenden Wechsel in Richtung „Kundenorientierung“. Die Messung der „Kundenzufriedenheit“ z.B. über wiederholte Befragungen der Kunden in den Einrichtungen und die Umsetzung der daraus entwickelten Verbesserungsvorschläge, erfordern die Einführung eines internen Qualitätsmanagements, für welche die Mitarbeiter nicht zuletzt auch qualifiziert werden müssen. Des Weiteren wird auch die kundenspezifische Betreuung an Bedeutung gewinnen und neue Anforderungen an das Service- und Informationsmanagement stellen. Für die Nachfrager nach Gesundheitsleistungen ist es kaum möglich, in der heutigen Angebotsvielfalt den Überblick zu behalten. Noch schwieriger wird es, wenn Experten aus unterschiedlichen Einrichtungen, Abteilungen oder Disziplinen zum Wohle des Kunden zusammenarbeiten müssen (vgl. Fretschner/Hilbert/Dülberg 2002: 31). Hier sollte in Zukunft noch verstärkt daran gearbeitet werden, entsprechende Orientierungshilfen zur Verfügung zu stellen und bestimmte Beschäftigtengruppen quasi zu „Gesundheits-Lotsen“ auszubilden. Gerade für gering Qualifizierte könnten sich hier interessante Beschäftigungsmöglichkeiten ergeben. Die kundenorientierte Bündelung und Integration der Leistungsangebote – bisher eher durch Improvisations- denn durch Innovationsprozesse gekennzeichnet – stellt des Weiteren neue Anforderungen an die Beschäftigten in punkto interdisziplinäre Zusammenarbeit und Schnittstellenmanagement.

*e) Nicht nur der generelle Bedeutungsgewinn von maßgeschneiderten Produkten für Gesundheit und Lebensqualität hat nachhaltigen Einfluss auf den Qualifizierungsbedarf in der Gesundheitswirtschaft, sondern gerade auch die Verschränkung der veränderten kulturellen Werthaltungen und Bedürfnisse mit dem Trend des Alterns der Gesellschaft schaffen an dieser Stelle neue Herausforderungen.* Die absolute Zahl älterer Menschen wird deutlich zunehmen, schätzungsweise von 13 Mio. im Jahr 2000 auf gut 21 Mio. im Jahr 2040, und dies bei einem Rückgang der Gesamtbevölkerung auf derzeit geschätzte 65 bis 73 Mio. Einwohner. Dies bedeutet, dass auch der relative Anteil älterer Menschen erheblich wachsen wird (von ca. 16 % im Jahr 2000 auf ca. 28 % im Jahr 2040). Besonders die Altersgruppe der Hochbetagten wird dabei eine deutliche Zunahme zu verzeichnen haben (vgl. Stat. BA 2000: 14). Die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages zum demographischen Wandel geht in ihren Berechnungen davon aus, dass bis zum Jahre 2050 der Altersquotient  $(65/25)^{44}$  einen Wert von 57,3 realisiert werden wird. Der Hochbetagtenquotient<sup>45</sup> wird im Jahr 2050 auf den Wert 15,6 geschätzt (vgl. Deutscher Bundestag 1999: Drucksache 14/8800).

---

<sup>44</sup> Der Altersquotient gibt die Relation der Personen ab dem vollendeten 65. Lebensjahr in Bezug auf 100 Personen im Alter von 25 bis unter 65 Jahren wieder.

<sup>45</sup> Personen ab dem vollendeten 80. Lebensjahr auf 100 Personen im Alter von 20 bis unter 80 Jahren.

Beeinflusst wird von diesen Entwicklungen nicht nur die quantitative Nachfrage nach professionellen Hilfs-, Dienstleistungs- und Pflegeangeboten (also auch nach Pflegekräften) und geronto-medizinischen Leistungen (vgl. Naegele 1999). Die Zunahme von chronischen und multimorbiden Krankheitszuständen und von Pflegebedürftigkeit – voraussichtlich über längere Zeiträume als dies heute der Fall ist – verändern auch die dafür notwendigen Qualifikationen in Richtung einer Zunahme gerontologischer und gerontopsychiatrischer Qualifikationsinhalte. Die Vorausschätzungen des DIW (siehe Kapitel 3.4) zum Anstieg der Pflegebedürftigkeit stützen jedenfalls diese These. Eine besondere Herausforderung stellt zukünftig der Umgang mit demenziell erkrankten Patienten dar. Psychomotorische Störungen, Bewusstseins und Aufmerksamkeitsstörungen, ebenso wie eine Verminderung der Affektkontrolle sind kennzeichnend für diese Krankheitszustände. Kliniken und Pflegeeinrichtungen sollten sich zukünftig verstärkt über Qualifizierungsmaßnahmen auch auf diese Patienten einstellen und sie nicht länger als „Störfaktoren“ im Einrichtungsalltag behandeln (vgl. Hirsch 2003).

Betrieblicher und individueller Qualifizierungsbedarf entsteht jedoch nicht nur aufgrund einer Zunahme krankheitsbedingter Versorgungsfälle. Unter dem Stichwort „Seniorenwirtschaft“ wird der Blick auf zukunftsfähige Märkte für Produkte und Dienstleistungen speziell für Ältere gelenkt. In den letzten Jahren hat die Seniorenwirtschaft als Gestaltungsfeld für Wachstum, Beschäftigung und Lebensqualität bei Akteuren aus Wirtschaft, Regional- und Strukturpolitik deutlich an Aufmerksamkeit gewonnen (Barkholdt et al. 1999; Hilbert/Naegele 2002; MGSFF NRW 2003). Eines der wichtigsten Ergebnisse der von der Landesinitiative Seniorenwirtschaft NRW erstellten repräsentativen Studie zum Einkommen und den Ausgaben älterer Menschen in Nordrhein-Westfalen<sup>46</sup> ist, dass

„(...) die große Mehrheit der älteren Menschen (über 80 Prozent) in einer finanziell guten bis sehr guten Einkommenssituation lebt. Durchschnittlich verfügt ein einzelner Haushalt in NRW dabei über ein Nettoeinkommen von 2.550 € im Monat. Mit diesem Ergebnis ist für Nordrhein-Westfalen die These bestätigt, dass Ältere über ein erhebliches Konsumpotential verfügen.“ (Born/Reichert 2003: 3)

Die Ausgaben für Gesundheit und medizinische Zuzahlungen fallen laut der Studie insgesamt relativ hoch aus: Mehr als 40 % aller befragten Haushalte geben jährlich einen Betrag von 102 Euro bis 510 Euro für entsprechende Leistungen aus, wobei der Anteil derjenigen, die in diesem Bereich keine Ausgaben zu verbuchen hatten, mit lediglich 12,6 % der Haushalte relativ gering ausfiel (vgl. ebd.: 43f.). Veränderte Kon-

---

<sup>46</sup> An dieser Stelle soll mit einem populären Missverständnis aufgeräumt werden: Bei den befragten Haushalten handelt es sich *nicht nur um Rentnerhaushalte* (hierauf entfielen 66 % der befragten Haushalte), sondern im Rahmen der Untersuchung wurden insgesamt 5.013 Haushalte berücksichtigt, in denen ältere Menschen im Alter von 55 bis 80 Jahren leben. Dies bedeutet also, dass auch Haushalte erfasst wurden, in denen mindesten ein Mitglied noch erwerbstätig ist (34 % Erwerbstätigenhaushalte).

sumpräferenzen und der Wunsch nach einem langen, gesunden und aktiven Leben rücken zunehmend das Bedürfnis und die Nachfrage der Menschen nach hochwertigen, neuen Produkten und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität in den Mittelpunkt. Von besonderer Bedeutung sind in diesem Zusammenhang vor allem Angebote der Randbereiche und Nachbarbranchen der Gesundheitswirtschaft: Sport, Freizeit und Wellness, aber auch Tourismus oder Ernährung. Leider hat sich das öffentliche Bild des Alters den veränderten und ausdifferenzierten Lebensstilen und Bedürfnissen bislang nur unzureichend angepasst. Die Konzeption und Bereitstellung integrierter Angebote, z.B. in der Kombination aus pflegerischen und haushaltsbezogenen Dienstleistungen, kann nicht nur einen deutlichen Zugewinn an Lebensqualität mit sich bringen, sondern auch – wie beschrieben – positive Beschäftigungseffekte freisetzen. Gerade ältere Menschen präsentieren sich längst nicht mehr als homogene Kundengruppe, sondern ihre Konsumpräferenzen differenzieren sich analog zu ihren Lebensstilen zunehmend weiter aus. Interessante Ansätze hierzu sind in den letzten Jahren durch die Konsum- und Lebensstilforschung vorgelegt worden (vgl. Müller 1995; GfK 1999). Für die Qualifizierung der Beschäftigten erwachsen hier Herausforderungen im Bereich der Produktentwicklung und –vermarktung. Grund zur Euphorie besteht derzeit jedoch weniger: Das Gros der Unternehmen der Gesundheitswirtschaft ist noch weit davon entfernt, sich auf die veränderten Bedarfe einzustellen. Derzeit überwiegt vielmehr die Gruppe der Unternehmen, welche den neuen Marktchancen eher skeptisch gegenüber stehen (vgl. Meyer-Hentschel 2000). Wie in Kapitel 5.1 gezeigt werden wird, lässt sich die derzeitige Innovationsabstinenz der Unternehmen anhand der empirischen Ergebnisse im Bereich der Entwicklung neuer Produkte in der Gesundheitswirtschaft gut nachzeichnen.

#### ***4.1.3 Moderne Technik und wissenschaftlicher Fortschritt machen's möglich – Innovative Dienstleistungs- und Organisationskonzepte***

Der Prävention, Heilung und der Rehabilitation eröffnen sich durch neue gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse und durch die Anwendung moderner High-Tech-Medizin neue Perspektiven. Neben der Mikrosystemtechnik, der Biochemie und Biotechnologie bietet auch die Informations- und Kommunikationstechnologie neue Chancen und vielfältige Anknüpfungsmöglichkeiten für neue und verbesserte Leistungen in der Gesundheitswirtschaft. Neben dem medizinisch-technischen Fortschritt, der primär auf eine Verbesserung der Prävention, Heilung und Rehabilitation des Patienten zielt, gehören hierzu auch Verfahren, die zu einer effizienteren, schnelleren, angenehmeren und kostengünstigeren Behandlung von Patienten führen können. Im Mittelpunkt stehen hier moderne Technikeinsatz- und Organisationskonzepte, die primär darauf



zielen, die *Transaktionskosten* sowohl innerhalb der Einrichtungen als auch zwischen den Einrichtungen und Versorgungsbereichen zu reduzieren und den Aufbau integrierter Versorgungsformen zu unterstützen (vgl. Hilbert/Fretschner/Dülberg 2002: 34ff.). Insbesondere im Zuge der Einführung der DRGs in den Krankenhäusern dienen leistungsfähige IT-Systeme dazu, die sinkenden Verweildauern bei steigenden Fallzahlen und einer damit einhergehenden Leistungsverdichtung (siehe Kapitel 3.5.2) bewältigen zu können. Die Behandlung „Just in time“ (Werthmann 2003) im Sinne einer Optimierung der Behandlungsmaßnahmen und Behandlungszeitpunkte, erfordert technologische Unterstützung, etwa im Bereich der internen Weiterleitung von elektronischen Patientendaten und –akten. Notwendig wird hier die Qualifizierung der Beschäftigten in den Bereichen der elektronischen Dokumentation, des Schnittstellen- und Überleitungsmanagements sowie der Arbeitsablaufanalyse und der Logistik. Zudem wird die Qualifizierung für die Gesundheitstelematik in den kommenden Jahren zunehmend an Bedeutung gewinnen:

„Gesundheitstelematik (international „health telematics“) bezeichnet Anwendungen von Telekommunikation und Informatik im Gesundheitswesen. International gebräuchlich ist der Begriff eHealth, der den Nutzen von IuK-Technologien für eine patientenorientierte gesundheitliche Versorgung umfassend beschreibt. Als engerer Begriff bezeichnet Telemedizin den Einsatz von Telematik-anwendungen (Tediagnostik, Telekonsultation, Telekardiologie etc.) zur Überwindung einer räumlichen Trennung von Patient und Arzt oder zwischen mehreren Ärzten“ (Bund-Länder-AG 2002: 1).

*Zentrale Anwendungsfelder* der Telematik sind derzeit vor allem die elektronische Patientenakte und Gesundheitskarte, die Telemedizin sowie die Übermittlung von Patienten- und Experteninformationen via Internet. Im Mai 2003 hat in Barcelona mit der European Telemedicine Clinic das erste virtuelle Krankenhaus seine Pforten geöffnet. Krankheitsbilder von Patienten aus ganz Europa werden hier ausgewertet und die Ergebnisse an die behandelnden Kliniken zurückgespielt. In Mülheim an der Ruhr wurde im März 2004 die weltweit erste volldigitale Klinik eröffnet: Röntgenbilder und Arztbriefe gehören hier zukünftig der Vergangenheit an. Auch die Einführung der elektronischen Patientenakte zur Brustkrebbsversorgung in NRW soll für die betroffenen Patienten die Versorgung verbessern und deutliche Kosteneinsparungen realisieren (vgl. Presseinformation des MGSFF NRW vom 6.2. 2004). Die Beispiele zeigen, dass die modernen IuK-Technologien aus unserer Gesundheitsversorgung nicht mehr wegzudenken sind. Und mehr noch: Die IT-Nachfrage, gerade auch in der Pflege im Bereich der mobilen Dokumentation, hat im Zuge der Einführung der DRGs und der Clinical Pathways deutlich an Prominenz gewonnen (vgl. Schäfer 2003). Organisation, Abrechnung und Qualitätssicherung sowie das Controlling werden in den Einrichtungen ohne leistungsfähige Informations- und Kommunikationssysteme kaum noch durchführbar. Laut einer Studie von Frost&Sullivan werden für die USA als derzei-

tiger Vorreiter in punkto telemedizinische Dienstleistungen, für den Zeitraum 2001 bis 2008 Umsatzsteigerungen von 131, 2 Mio. Dollar auf 345,2 Mio. Dollar prognostiziert. Die Telematik stellt somit im Rahmen der Gesundheitswirtschaft einen nicht unerhebliche Wirtschaftsfaktor dar (vgl. Kramme 2003). Gerade auch die Frühwarnung zur Erkennung möglicher gesundheitlicher Risiken, etwa bei kardial gefährdeten Patienten mittels Tele-EKG, kann durch den Einsatz und die Verknüpfung moderner Technologien unterstützt werden (vgl. Schwing 2003). Die direkte Implantation von Herzschrittmachern entkoppelt die Hilfe in Krisensituationen zunehmend von der direkten ärztlichen Intervention. Die wachsende Bedeutung sowohl der High-Tech-Medizin als auch der IuK - gestützten Organisationskonzepte in der medizinischen und pflegerischen Versorgung, verändern nachhaltig die Qualifikationsanforderungen: Die Fähigkeit, die hochsensiblen technischen Geräte zu bedienen und zu warten, erfordern das grundlegende Verständnis zur Funktionsweise der Geräte und werden zukünftig die „handwerklichen“ Fähigkeiten der Beschäftigten ergänzen.

#### ***4.1.4 Die Gesundheitswirtschaft im internationalen Wettbewerb: Zur Notwendigkeit multikultureller Kompetenzen***

Gesundheit kennt im wahrsten Sinne des Wortes keine Grenzen. Der Wettbewerb um Produkte und Dienstleistungen der Gesundheitswirtschaft ist zusehends auch international zu verorten. Für die Qualifizierung in der Branche ist dies vor dem Hintergrund existierender Sprachbarrieren und soziokultureller Differenzen für die Zukunft eine entscheidende Herausforderung. Das Spektrum der Internationalisierung ist sehr facettenreich: Ärztliche Dienstleistungen können in andere Länder, insbesondere der EU exportiert und aus dem Ausland importiert werden. Bereits heute arbeiten deutsche Ärzte und Pflegekräfte im nordeuropäischen Ausland und viele inländischen Kliniken setzen im Gegenzug darauf, den akuten Ärztemangel durch die Rekrutierung osteuropäischer Ärzte wenigstens ein wenig zu lindern. Das Johanneswerk aus Bielefeld hat ein Seniorenzentrum in Almunècar nahe Malaga errichtet und auch die Aus- und Weiterbildung in der Gesundheitswirtschaft wird „europäisch“: In Slowenien und Polen entstehen Pflegeschulen unter deutscher Beteiligung (vgl. Döring 2003). Zahlungskräftige Patienten aus dem Ausland lassen sich in deutschen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen behandeln, da sie entweder sehr lange Wartezeiten in ihren Heimatländern in Kauf nehmen müssen oder aber schlicht die medizinische Versorgung dort deutlich schlechter als in Deutschland ist. Gesundheit also als Exportschlager? Die Krankenhausgesellschaft in Nordrhein-Westfalen schätzt, dass sich in NRW jährlich rund 14.000 Menschen aus dem Ausland behandeln lassen, wobei allein 10 % der Gastpatienten dem arabischen Raum zugeordnet werden können (vgl. Welt am Sonntag 11/2004). Zum Vergleich: Das Krankenhaus Bumrungrad in Thailands

Hauptstadt Bangkok behandelt jedes Jahr rund 260.000 Ausländer, rund ein Drittel (!) aller dort versorgten Patienten (vgl. Preusker 2003b). Nicht nur ärztliche und pflegerische Leistungen aus dem Kernbereich der Gesundheitswirtschaft haben gute Chancen sich international zu profilieren. Gerade der Bereich der Medizintechnik weckt Hoffnung auf wirtschaftliches Wachstum und Beschäftigung im Zuge der Internationalisierung der Gesundheitswirtschaft, denn viele Patienten möchten den im Ausland erfahrenen Standard auch in ihren Heimatländern zur Verfügung haben.

Im Zuge der wachsenden ausländischen Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen entsteht der Bedarf an „Rundum-Service-Paketen“: Die Patienten brauchen in ihren Heimatländern eine Kontakt- und Informationsstelle, sie möchten während der Anreise betreut und vom Flughafen zum Hotel und in die Einrichtung gebracht werden. Die Qualität der Einrichtung, vom Service über die Behandlungsabläufe bis hin zur Qualität der medizinischen Behandlung wird zu einem wichtigen Wettbewerbsparameter. Für die Beschäftigten bringt dies die Notwendigkeit mit sich, sich auf die differenzierten Bedürfnisse der Patienten aus dem Ausland einzustellen. Die fremdsprachliche Kompetenz ist an dieser Stelle mit Sicherheit eine notwendige Voraussetzung. Dennoch umfasst eine kultursensible Versorgung weitaus mehr: Sie beginnt bei der Konversation, reicht über die Einrichtung des Pflegezimmers und der Durchführung der Pflege über die Ernährung bis zur Betreuung der eventuell mitgereisten Verwandtschaft. Zudem erfordert der Wettbewerb um Patienten aus dem Ausland ein zielgerichtetes Marketing. Die internationale Vermarktung der Gesundheitsleistungen kann dabei sowohl über die systematische Bewerbung im Rahmen sog. „medical holidays“, aber auch über direkte Kontaktstellen und über das Internet erfolgen. Wie auch immer, die Zusammenarbeit mit Experten anderer Branchen und Disziplinen – z.B. Tourismus, Marketing, internationalen Krankenversicherungen – wird an dieser Stelle unerlässlich und beeinflusst damit entscheidend den Qualifizierungsbedarf der Branche.

Kulturelle Kompetenzen sind jedoch nicht nur im internationalen Wettbewerb gefragt. Auch in Deutschland selbst ist ein nicht unerheblicher Teil der Patienten nicht-deutscher Herkunft. Rund 9 % aller Einwohner der Bundesrepublik sind nicht-deutsche Staatsangehörige. Im Jahr 2002 lebten in Deutschland rund 7,3 Mio. Menschen mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit, wovon mit rund 1,9 Mio. die Einwohner aus der Türkei die größte Gruppe bildeten (vgl. Stat. BA 2004). Weitere 5,6 % der derzeit in Deutschland lebenden türkischen Staatsangehörigen, sind 65 Jahre und älter; sie haben bereits bzw. erreichen in den nächsten Jahren das Pflegealter. Nicht berücksichtigt wurde in diesen Berechnungen die große Zahl derjenigen Mitbürger, welche zwar die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, dennoch kulturell ihren Heimatländern zuge-

wandt sind. Zukünftig sollte auch darauf geachtet werden, dass diese Menschen in Deutschland zum Arzt gehen, sich behandeln lassen und eben auch zum Teil hier alt werden.

Die Realisierung der Potentiale des „Exportschlagers Gesundheit“ hat in den nächsten Jahren noch einige Hürden zu überwinden: So fehlt es bislang noch an einheitlichen europäischen Regelungen, etwa in den Bereichen der Arbeitszeit- und Arbeitsplatzgestaltung, der Entlohnung wie auch der Ausbildung (siehe Kapitel 4.3.1). Zudem wird die Organisation der pflegerischen und ärztlichen Berufsverbände auf europäischer Ebene derzeit als unzureichend eingestuft (vgl. Döring 2003). Auch der Finanzierung medizinischer Leistungen sind im Rahmen der nationalen Sozialversicherungssysteme noch enge Grenzen gesetzt. In diesem Kontext wird auch darauf hingewiesen, dass im europäischen „Gesundheitswettbewerb“ das Gütesiegel „Made in Germany“ allein nicht mehr ausreichen wird, sondern die Vergleichbarkeit der Preise anhand des Euro bringt auch die Notwendigkeit mit sich, die Dienstleistungen nicht nur qualitativ hochwertiger, sondern im Vergleich zur europäischen Konkurrenz auch kostengünstiger zu erstellen (vgl. ebd.). Ansätze hierzu können gerade auch im Zusammenspiel mit den in Kapitel 4.1.3 benannten innovativen Technikeinsatz- und Organisationskonzepten entwickelt und erprobt werden.

#### ***4.1.5 Personalmangel in der Gesundheitswirtschaft – Auslöser betrieblicher Qualifizierungsaktivitäten***

In vielen Betrieben der Gesundheitswirtschaft liegt derzeit eine Situation vor, in der die Nachfrage an Arbeitskräften auf den regionalen Arbeitsmärkten nicht mit einem entsprechenden Angebot befriedigt werden kann. Die sinkenden Ausbildungszahlen in den Schulen des Gesundheitswesens (vgl. BMBF 2003: 130 f.), der Rückgang der Zahlen der neuausgebildeten Ärzte (vgl. Arnold et al. 2001), die zunehmende Zahl unbesetzter Stellen in der Pflege (DKI 2003), die Abwanderung von qualifiziertem Personal ins europäische Ausland sowie die wachsende Beschäftigung von Medizinern in fachfremden Branchen – z.B. in der Unternehmensberatung (vgl. Windeck 2003) – all dies sind Ursachen für den bereits existierenden Fachkräftemangel in den Kernbereichen der Gesundheitswirtschaft, welcher sich in den nächsten Jahren noch weiter zu verschärfen droht. „Der Personalmangel gefährdet die menschenwürdige Pflege“ (CareKonkret 3/2003): Allein in der stationären Altenpflege fehlen bundesweit derzeit rund 20.000 Fachkräfte (siehe auch Kapitel 3.5.1). Zur Deckung des Fachkräftebedarfs haben die Einrichtungen prinzipiell verschiedene Möglichkeiten: Die Einstellung befristeter Beschäftigter oder ehrenamtlich Tätiger spielt ebenso eine Rolle

wie die Qualifizierung des eigenen Personals durch betriebliche Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen (vgl. Gewiese/Leber/Schwengler 2003).

Das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) hat kürzlich im Rahmen seiner Gesundheitswesenstudie nachgewiesen, dass der drohende und akute Fachkräftemangel in der Gesundheitswirtschaft in dieser Situation zur wesentlichen Triebkraft betrieblicher Qualifizierungsaktivitäten wird. Dabei stand die Frage, inwieweit der Personalbedarf der Betriebe des Gesundheitswesens durch eine Rekrutierung am externen Arbeitsmarkt gedeckt werden kann und welche Rolle die eigene Qualifizierung in diesem Zusammenhang spielt, im Mittelpunkt des Interesses (Gewiese/Leber/Schwengler: 2003: 29). Im Ergebnis zeigte sich, dass die Variablen „Fachkräftebedarf“ und „Personalsuche, aber keine -einstellungen“ einen signifikant positiven Effekt auf die Anzahl der Weiterbildungsteilnehmer im Betrieb ausübten<sup>47</sup>. Die Beteiligung an Weiterbildungsmaßnahmen war dann höher, wenn die Betriebe für die kommenden zwei Jahre Schwierigkeiten erwartet hatten, Fachkräfte auf dem externen Arbeitsmarkt zu finden. Darüber hinaus konnte aufgezeigt werden, dass die Betriebe nicht nur bei drohendem, sondern auch bei bereits bestehenden Problemen der Stellenbesetzung mit Qualifizierungsmaßnahmen reagierten. Dieses Ergebnis ist umso erstaunlicher, da gerade in einer Situation des akuten Fachkräftemangels die Freistellung der vorhandenen Arbeitskräfte zu weiteren betrieblichen Engpässen führen dürfte. Die Variablen „Befristetenanteil“ und „Anteil der Teilzeitbeschäftigten“ hatten hingegen keinen signifikanten Einfluss auf die die Weiterbildungsaktivitäten der Betriebe.

Als eine Lösungsmöglichkeit der Qualifizierung von Fachkräften in der Gesundheitswirtschaft wird auch das Verfahren der *Jobrotation* diskutiert (vgl. Oschmiansky 2002). Jobrotation bezeichnet die Verbindung von der Weiterbildung der in einem Betrieb bereits Beschäftigten, mit der Einstellung und Qualifizierung von erwerbslosen Arbeitnehmern. Möglichkeiten hierzu eröffnen sich etwa im Rahmen des Job-AQTIV Gesetzes (vgl. Gewiese/Leber/Schwengler 2003). Die Vorteile liegen zunächst auf der Hand: Für den Betrieb entstehen keine zusätzlichen Kosten und für den Teilnehmer erhöhen sich die Chancen einer Integration in den ersten Arbeitsmarkt. Angesichts des hohen Fachkräftemangels und des dargestellten Qualifizierungsbedarfs besteht insgesamt ein starker Rekrutierungs- und Weiterbildungsdruck, der sich zunächst auf die Implementation von Jobrotation im Gesundheits- und Pflegebereich positiv auswirken dürfte. Dennoch: Jobrotationsprojekte, vor allem in der Pflege, sind nach bisherigen Erfahrungen lediglich von marginaler Bedeutung. Bis zum Beginn des

---

<sup>47</sup> Zum verwendeten statistischen Verfahren der Studie siehe Gewiese/Leber/Schwengler 2003: 25 ff.

Jahres 2002 waren rund 350 Teilnehmer in entsprechenden Projekten involviert (vgl. Oschmiansky 2002). Zudem ist der Einsatz dieses Instrumentes mit einigen Hindernissen verbunden, welche die Hoffnungen auf einen durchschlagenden Erfolg in der Bekämpfung des Fachkräftemangels dämpfen. Die Arbeit im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft ist als Interaktionsarbeit an vielfältige Voraussetzungen gebunden (siehe Kapitel 2.2.2), d.h. nicht jeder Teilnehmer einer Jobrotationsmaßnahme wäre im Weiteren auch geeignet, die anfallenden Aufgaben zu erledigen. Allerdings gibt es durchaus eine Vielzahl von Tätigkeiten, welche auch von an- und ungelernten Beschäftigten erledigt werden könnten. Voraussetzung wäre allerdings an dieser Stelle, dass die Einrichtungen ihre Arbeitsprozesse entsprechend neu organisieren. Mittel- und langfristig wird es dennoch weitaus erfolgsversprechender sein, die Ursachen für den Qualifizierungs- und Fachkräftemangel zu beheben: Vor allem die Arbeits-, Aus- und Weiterbildungsbedingungen in der Gesundheitswirtschaft müssen deutlich verbessert werden, so dass zukünftig sowohl mehr Menschen bereit sind, generell in der Branche Beschäftigung zu finden als auch die Bereitschaft steigt, dort länger als dies heute der Fall ist, zu verweilen.

#### **4.1.6 Die „gesunde“ Profilierung braucht Lernnetzwerke**

Die Chancen der Gesundheitswirtschaft sind in den letzten Jahren zu einem begehrten Thema der Regional-, Wirtschafts- und der Strukturpolitik geworden. Zahlreiche Regionen in Deutschland versuchen derzeit sich als Gesundheitsregionen zu profilieren, um so nicht nur nachhaltige Effekte für Wirtschaft und Beschäftigung, sondern auch wesentliche Beiträge für die Lebensqualität der Bevölkerung erzielen zu können (vgl. Preusker 2003). Zu den prominentesten Regionen in der Bundesrepublik zählen etwa die „Bundeshauptstadt der Gesundheit Erlangen“, die „Gesundheitsregion Ostwestfalen-Lippe“, der „Gesundheitsmarkt Berlin“<sup>48</sup> oder aber auch die „Gesundheitsmetropole Ruhrgebiet“. Auch wenn die einzelnen Regionen in ihren jeweils eingeschlagenen Entwicklungspfaden recht unterschiedliche Schwerpunktsetzungen verfolgen, so ist ihnen doch gemeinsam, dass sie versuchen die Aktivitäten der Gesundheitswirtschaft mit einer innovativen Regionalpolitik zu verknüpfen: „Gesundheitsförderung und Regionalentwicklung gehen Hand in Hand, so dass neben Lebensqualität auch eine zukunftsfähige Wirtschaftsweise erreicht und Beschäftigung langfristig gesichert werden kann“ (Stauch/Kunzmann 1998: 12). Aus der Profilierung einzelner Regionen als Gesundheitsstandorte lassen sich zunächst keine direkten Qualifizierungsbedarfe ableiten, diese variieren entsprechend der

---

<sup>48</sup> Die Stadt Berlin kann hinsichtlich der Gesundheitswirtschaft auf eine differenzierte Akteursebene blicken, sowohl im Dienstleistungsbereich als auch in der Produktherstellung. Fast jeder achte Erwerbstätige Berlins ist in der Gesundheitswirtschaft tätig. Im Jahr 2000 entsprach dies ca. 180.000 Arbeitsplätzen (vgl. Fretschner et al. 2003; Henke et al. 2002).

regionalen Schwerpunktsetzung. In einer Region, die sich primär auf die Bereiche Prävention und gesundheitsnahe Angebote (z.B. Wellness) stützt, werden andere Qualifizierungsbedarfe von Bedeutung sein, als in einer Region deren Stärke sich in den Bereichen Biotechnologie oder der Gesundheitstelematik wieder finden lassen. Gemeinsam ist ihnen dennoch, dass sie auf die *Bereitstellung einer entsprechenden Lern- und Qualifizierungsinfrastruktur* angewiesen sind, um eine möglichst zeit- und ortsnahe Qualifizierung ihrer Beschäftigten durchführen zu können. Das am Institut Arbeit und Technik entwickelte Konzept der „Innovativen Räume“ betont,

dass es „(...) künftig gerade auch vor dem Hintergrund zunehmend knapper werdender Mittel, nicht mehr darum gehen wird, immer wieder einzelne Innovationen anzustoßen und zu unterstützen. (...) Es wird nicht mehr nach einzelnen Innovationen gefragt, sondern nach den Rahmenbedingungen für die Entstehung und Umsetzung von Innovationen.“ (Rehfeld 2003a).

Aus der Innovationsforschung ist bekannt, dass Innovationen vor allem im Zusammenspiel und in der Vernetzung von Akteuren der Wirtschaft, Wissenschaft, Bildung und Politik sowie in der Zusammenarbeit von Kunden, Produzenten und Zulieferern im Rahmen von Forschungs- und Entwicklungspartnerschaften entstehen (Eichorst/Profit/Thode 2001: 374). Gut qualifiziertes Humankapital gilt in diesem Kontext als wichtige Ressource für wirtschaftliche Impulse aus der Region (vgl. Hilbert 1997: 65) und ein funktionierendes System der beruflichen Bildung (siehe Kapitel 2.5.2) ist eine grundlegende Voraussetzung für die kontinuierliche Anpassungs- und Erneuerungsfähigkeit der regionalen Wirtschaft. Räumliche Nähe und die damit verbundenen Kommunikations- und Integrationsvorteile gelten nicht zuletzt als Schlüssel für die Lösung von Kooperationsproblemen. Die Prominenz der regionalen Entwicklungsansätze erklärt sich zudem aus der Tatsache, dass es nur begrenzt möglich ist, Innovationsprozess zentral zu steuern: Wichtiger ist die Bereitschaft zur Kooperation der Akteure „vor Ort“ (vgl. Hilbert 1997). Das BMBF hat gemeinsam mit den Ländern im Rahmen seines Programms „Lernende Regionen“ diesen Grundgedanken aufgegriffen und fördert regionale Netzwerke aus Bildungsträgern, Unternehmen, Arbeitsämtern, Kammern mit dem Ziel der Entwicklung und Verbesserung der Bildungsangebote und –dienstleistungen für das Lebenslange Lernen (vgl. unter <http://www.lernende-regionen.info>).

Ein interessanter Ansatz des Aufbaus einer konzertierten Qualifizierungslandschaft in der Gesundheitswirtschaft, findet sich derzeit im Ruhrgebiet: Im Rahmen der Initiative MedEcon Ruhr (Medicine and Economy<sup>49</sup>) hat sich die Arbeitsgruppe „*Lernallianzen*“ gebildet. Diese besteht aus unterschiedlichen Akteuren der Aus- und Weiter-

---

<sup>49</sup> Ein guter Überblick über die Initiative findet sich auch im Internet unter <http://www.medeconruhr.de>.

bildung in der Gesundheitswirtschaft, Vertretern von Einrichtungen und Verbänden, Wirtschaftsförderungen und Forschung. Ziel der Entwicklungspartnerschaft ist es, durch innovative Qualifizierungsprojekte die Beschäftigungsfähigkeit in der Gesundheitswirtschaft des Ruhrgebiets zu verbessern. Dies setzt voraus, dass miss-matches zwischen Arbeitskraft- bzw. Arbeitsplatzangeboten überwunden werden, um damit einerseits Beschäftigungschancen für derzeit arbeitslose Menschen zu schaffen und andererseits die personellen Voraussetzungen für Wachstum und Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft des Ruhrgebiets zu verbessern.

#### **4.2 Vorläufige Schlussfolgerung mit Blick auf die Fragestellung**

In den vorangegangenen Kapiteln konnte aufgezeigt werden, dass sich die Gesundheitswirtschaft derzeit in einem nachhaltigen Umbruchprozess befindet. Insbesondere der gesetzlich verordnete Wettbewerb unter den Einrichtungen und die soziodemographische Entwicklung haben nachhaltigen Einfluss auf die Arbeitsanforderungen der Mitarbeiter im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft. Die Internationalisierung der Branche steht derzeit zwar noch am Anfang ihrer Entwicklung, mit Blick auf eine prospektive Personal- und Qualifikationsentwicklung sollten die Unternehmen der Gesundheitswirtschaft allerdings auch diesbezüglich bereits heute aktiv werden. Die technologische Entwicklung schafft die Voraussetzungen, die Arbeitsabläufe in den Einrichtungen mit Blick auf eine Steigerung der (Kosten)Effizienz und der Effektivität der Leistungserstellung für den Patienten nachhaltig zu verbessern. Dies erfordert auch eine *neue Kooperationskultur* zwischen den Beschäftigten. Dabei sollte es nicht ausschließlich nur um die Frage der fachlichen und beruflichen Autonomie, sondern vielmehr um die *Organisation des fachlichen Austauschs zwischen den beteiligten Berufsgruppen* gehen. Dieser Punkt wird in Kapitel 4.3.2 noch mal aufgegriffen werden, wenn es um die Klärung der Frage geht, inwieweit der Weg der Professionalisierung der Gesundheitsberufe durch ihre Akademisierung, eine Lösung für die derzeit bestehenden Qualifizierungsprobleme darstellen kann. Denn: Der Weg zur Professionalisierung der Gesundheitsberufe führt letztlich auch über den Weg der professionellen Organisation der Aus- und Weiterbildung. Der in Kapitel 3.5.1 dargestellte qualifizierungsbedingte Fachkräftemangel wirkt als endogener Einflussfaktor höherer Reichweite auf den quantitativen und qualitativen Qualifizierungsbedarf der Einrichtungen im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft, den die Betriebe mit eigeninitiierten Qualifizierungsmaßnahmen beantworten. Die inhaltlichen Schwerpunkte des Qualifizierungsbedarfs aus Sicht der Anbieter lassen sich als Ergebnis dieses Kapitels wie folgt zusammenfassen (Tabelle 17):



**Tabelle 17: Relevante Qualifizierungsfelder der Gesundheitswirtschaft**

Informationsmanagement und Kommunikation
EDV und Technikanwendung
Arbeitsorganisation und Management
Prozessmanagement und medizinische Dokumentation
Patientendatenmanagement; Schnittstellenmanagement
Kundenorientierung/Qualitätsmanagement
Marketing
Logistik
Steuerung mit betriebswirtschaftlichen Kennzahlen
Produkt-/Dienstleistungsentwicklung
Fachlich-pflegerische und fachlich-medizinische Entwicklung
Kulturelle Kompetenzen (Fremdsprachenentwicklung, kultursensible Pflege)

Im folgenden Kapitel wird die Frage aufgegriffen werden, ob das System der beruflichen Bildung in den Gesundheitsberufen derzeit überhaupt in der Lage ist, die beschriebenen Anforderungen an eine moderne Qualifizierung der Beschäftigten einzulösen. Die empirische Überprüfung der identifizierten Qualifizierungsfelder erfolgt dann anschließend in Kapitel 5 dieser Arbeit.

### **4.3 Zwischen „organisierter Unverantwortlichkeit“ und „unverantwortlicher Unorganisiertheit“ – Zur Situation der beruflichen Bildung in der Gesundheitswirtschaft**

Für die Übernahme einer Berufstätigkeit in der Gesundheitswirtschaft steht heute eine breite Palette von Qualifizierungsmöglichkeiten zur Verfügung. Angesprochen sind hierbei einerseits Angebote der *beruflichen Erstausbildung*, aber auch Möglichkeiten der *Fort- und Weiterbildung*<sup>50</sup> in den Gesundheitsberufen nach erfolgreichem Abschluss einer Erstausbildung. Seit 1990 ist darüber hinaus auch der *tertiäre Bildungssektor* (Hochschulqualifikation)<sup>51</sup> in das System der beruflichen Bildung einbezogen

<sup>50</sup> In den Gesundheits- und Sozialberufen hat sich folgende begriffliche Unterscheidung durchgesetzt: Im Rahmen der sog. *Aufstiegs- oder Funktionsweiterbildung* ist die berufliche Weiterbildung darauf gerichtet, betriebliche Leitungsfunktionen und Managementfunktionen zu übernehmen. Die *Fachweiterbildung* beinhaltet demgegenüber die klinische Spezialisierung für ein bestimmtes Fachgebiet wie der Intensivpflege, dem Operationsdienst oder der psychiatrischen Pflege.

<sup>51</sup> Die Hochschulausbildung im Bereich der Pflege lässt sich abstufen in die eigentlichen Universitäts- oder Fachhochschulstudiengänge (z.B. Pflegemanagement), daran anschließende Postgraduierten-

worden. Die Ausbildung im Gesundheitssektor findet im bundesdeutschen Ausbildungsgeschehen bislang jedoch nur wenig Beachtung, und dies trotz der im Vergleich mit anderen Wirtschaftsbranchen recht umfangreichen Ausbildungsaktivitäten (siehe Kapitel 3.3.3). Die Erstausbildung in den Berufen des Gesundheits- und Sozialwesens erfolgt nur zu einem quantitativ kleinen Teil im Rahmen des dualen Systems auch wenn von einigen Autoren darauf verwiesen wird, dass z.B. die Pflegeausbildungen strukturell durchaus dem dualen System der Berufsausbildungen zuzuordnen sind, da die Ausbildung an den Lernorten Schule und Betrieb erfolgt. Allerdings, und dies sollte bei einem Vergleich mit anderen Ausbildungen im Rahmen des dualen Systems nicht übersehen werden, sind die Schulen (z.B. die Krankenpflegeschulen) in der Regel dem Ausbildungsbetrieb, also dem Krankenhaus, direkt angegliedert. Der Einfluss und die Interessen der Ausbildungsträger bestimmen hierbei unmittelbar die Gestaltung der Ausbildung. Durch die Umstellung der Leistungsfinanzierung auf das System der DRGs werden gleichzeitig auch die *Finanzierung der Ausbildungsstätten und der Ausbildungsvergütungen* neu geregelt. Die bisher auf Basis einrichtungsinterner Pflegesätze geregelte Finanzierung wird nun auf eine *pauschalisierte Fondvergütung* – finanziert durch alle Krankenhäuser auf Basis der Berechnung der Durchschnittskosten je Ausbildungsplatz – umgestellt (vgl. Schmidt/Flöttmann 2004). Allerdings bestehen erhebliche Differenzen zwischen dem Rechtsanspruch der ausbildenden Krankenhäuser auf Zahlungen aus dem Ausbildungsfond und den tatsächlich anfallenden Ausbildungskosten. In der Praxis führt die Umstellung der Finanzierung somit nicht selten zur Schließung oder aber zur Zusammenlegung der krankenhauseigenen Krankenpflegeschulen. Eine Besonderheit der beruflichen Bildung des Gesundheitswesens besteht darin, dass parallel zueinander in unterschiedlichen Qualifikations- und Rechtssystemen ausgebildet wird (vgl. Becker 2002: 14). Dabei ist grundsätzlich zu unterscheiden zwischen:

- Der Ausbildung im *dualen Ausbildungssystem der betrieblichen Berufsausbildung* (bundeseinheitlich geregelt durch das Berufsbildungsgesetz [BBiG] bzw. durch die Handwerksordnung [HwO];
- Der *Ausbildung an den Schulen des Gesundheitswesens* (Fach-, Berufsfach-, Kollegschen oder andere Schulen des Gesundheitswesens). Die Fachaufsicht über die Ausbildung und die Gewährleistung der Prüfungsverordnung liegen beim Fachministerium, welches wiederum seine Verantwortung an die Bezirksregierungen, die Landesprüfungsämter und an die Gesundheitsämter delegiert.

Zusätzlich zum Rechtssystem der bundeseinheitlichen Ausbildung nach BBiG gelten für die Berufe des Gesundheits- und Sozialwesens die Rechtsnormen der *Berufsgesetze des Bundes* (z.B. das novellierte Krankenpflegegesetz oder seit 2003 auch das Altenpflegegesetz [AltPflG]<sup>52</sup>) sowie die *Verordnungen und Ausbildungsregelungen der einzelnen Bundesländer* (Landesregelungen). So steht die Pflegeausbildung bspw. in einem Sonderstatus und ist angesiedelt zwischen schulischer und dual-betrieblicher Ausbildung als einer Ausbildung eigener Art und Prägung (vgl. Landenberger 2003: 203). Die Zuordnung anerkannter Ausbildungsberufe zum Kernbereich, den Zuliefer- und Vorleistungsindustrien sowie den Nachbarbranchen der Gesundheitswirtschaft (Tabelle 18) zeigt einerseits in den einzelnen Schalen ein *Nebeneinander der vorhandenen Ausbildungsregelungen* nach BBiG, Landes- und Bundesregelungen. Andererseits wird auch deutlich, dass sich für die einzelnen Ausbildungen entlang der einzelnen Schalen vielfältige Einsatzmöglichkeiten eröffnen.

**Tabelle 18: Ausbildungsberufe und Regelungsebenen nach dem Modell der Gesundheitswirtschaft**

Kernbereich	Zuliefer- und Vorleistungsindustrien	Nachbarbranchen
Arzthelfer/in (BBiG) Kaufmann/-frau im Gesundheitswesen (BBiG) Krankenpfleger/-innen (Bundesgesetz) Altenpflegerinnen (Bundesgesetz) Physiotherapeut (Bundesgesetz) Motopäde/-in (als Weiterbildungsberuf nach Landesregelung) Kardiotechniker/-in (Landesregelung)	Augenoptiker (BBiG/HwO) Hörgeräteakustiker (BBiG/HwO) Zahntechniker (BBiG/HwO) Pharmazeutisch-kaufmännischer Angestellter (BBiG/HwO) Pharmazeutisch-technischer Assistent/-in (Bundesregelung)	Sport- und Fitnesskaufleute (BBiG) Masseur/-innen und med. Bademeister; Physiotherapeut; (jeweils Bundesgesetz) Fachkraft für soziale Arbeit Sozialassistent/-in Fachkraft Hauswirtschaft und Ernährung (jeweils Landesregelung)

Die *Regelungen zur Weiterbildung in den Pflegeberufen* obliegen hingegen den Ländern (Schell 1995). Der *Status Quo der beruflichen Bildung* im Gesundheitsbereich wird von Experten mit den Begriffen wie *Zersplitterung*, *Regionalisierung* und *Partikularisierung* charakterisiert. Für die unterschiedlichen Berufsbereiche (z.B. Prävention, Pflege, Rehabilitation oder Medizintechnik) existiert eine Vielzahl von Berufen sowie „(...) ein kaum zu durchschauendes Ausmaß an struktureller Unordnung,

<sup>52</sup> Seit dem 1. August 2003 wird die Altenpflegeausbildung bundesweit einheitlich durchgeführt. Das neue Altenpflegegesetz löst die bisherigen unterschiedlichen Ausbildungsregelungen der Länder ab und schafft erstmals bundesweit gleiche Rahmenbedingungen. Zudem hat das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) im Saarland in Kooperation mit Lehrkräften und Praxisvertretern ein Ausbildungscurriculum entwickelt, dass die wichtigsten Standards der dualen auf die schulische Berufsausbildung überträgt (vgl. BiBB 2002).

geteilten Zuständigkeiten und Einflussnahmen, systematischer Unschärfe sowie begrifflicher Vielfalt.“ (Becker 2002: 12). Im Jahr 2001 konnten für 59 Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen 168 Regelungen für die Ausbildung gezählt werden. Bis zur Verabschiedung eines *bundeseinheitlichen Altenpflegegesetzes* galten auch in der Altenpflege 17 verschiedene Gesetze auf Ebene der 16 Bundesländer für die Grundausbildung. Auch im Bereich der beruflichen Weiterbildung ist das Bild keineswegs transparenter: Für 99 staatlich anerkannte Weiterbildungsabschlüsse galten im Jahr 2001 insgesamt 144 Regelungen (vgl. ebd.: 14).

Übertroffen wird diese Unübersichtlichkeit noch durch die auf dem Markt existierenden Angebote im Bereich der „sonstigen Weiterbildung“: Nach Schätzungen werden die bisher benannten Qualifizierungsmöglichkeiten noch ergänzt um annähernd *1.000 berufsähnliche Fort- und Weiterbildungsabschlüsse* (vgl. Becker 2002 (b): 13). Diese Weiterbildungsangebote gehen inhaltlich kaum über das Qualifikationsniveau der Erstausbildung hinaus und tragen in der Folge nur zu einer weiteren Erosion der Berufsstruktur in diesem Bereich bei. Träger können sowohl Berufsverbände, Pflegeeinrichtungen, Gewerkschaften aber auch privatwirtschaftliche Organisationen sein. Zur Sicherung von Mindeststandards wurden sowohl Leitlinien als auch Empfehlungen zur Gestaltung der Weiterbildung im Hinblick auf Stundenumfang, Teilnahmevoraussetzungen und Zertifikate beschlossen. Gleichwohl ist die formale Qualität der Abschlüsse sehr gering, da sie weder einheitlich definiert noch staatlich anerkannt und geschützt sind. Das lebhafte Entstehen neuer Weiterbildungsangebote drückt aus, dass große Teile der Branche die bisherigen Berufsbilder – vor allem in der Altenpflege – in ihrer traditionellen Form nur noch für begrenzt tragfähig hält; allerdings gibt es bislang auch noch keinen in sich geschlossenen Neuentwurf, sondern nur „wildes Stochern im Nebel“. Die nähere Betrachtung *weiblicher Berufswege* im Erziehungs-, Pflege- und Sozialbereich verdeutlicht noch einmal die Notwendigkeit einer Reform der Bildungsstrukturen und –wege in den Gesundheits- und Sozialberufen. KARSTEN unterscheidet idealtypisch folgende Berufswege:

- Berufsausbildung mit anschließender beruflicher Tätigkeit für wenige Jahre, dann Ausstieg in die Familientätigkeit;
- Berufsausbildung und anschließende dauerhafte Berufstätigkeit mit Verbleib in der Einrichtung ohne differenzierte Aufstiegsmöglichkeiten in einem Einrichtungstyp;
- Berufsausbildung mit anschließender Berufsausbildung auf erhöhtem Niveau z.B. Fachhochschule und daran anschließend eventuell Studium an einer

Universität und erneute Berufstätigkeit auf einer weiteren Hierarchiestufe des Bereichs;

- Berufsausbildung und berufsbegleitende Qualifizierung als Spezialisierung oder als Voraussetzung für lehrende Tätigkeit (vgl. Karsten 1993);

Die Aufzählung verdeutlicht: Es existieren recht *unterschiedliche Wege der Aus-, Weiter- und Fortbildung*, häufig sind diese jedoch mit einem *temporären Berufsausstieg* verbunden, so dass *kaum geradlinige Karriereverläufe* realisiert werden können. Es mangelt insgesamt an einem durchschaubaren System der Statuspassagen im Sinne eines aufeinander aufbauenden und sich *ergänzenden Systems der Erst- und Weiterbildung* sowie der *Durchlässigkeit der Bildungswege* bis hin zur Fachhochschul- und Universitätsebene. Obwohl die Gesundheits- und Sozialberufe als wissensintensive personenbezogene Dienstleistungen zu den fort- und weiterbildungsintensivsten Berufen zählen (vgl. Heidemann 2001: 18), gestaltet sich die Fort- und Weiterbildungssituation nach dem Berufseintritt vorrangig nicht nach den Interessenlagen, sondern eher nach Themen, die in der Ausbildung bereits hätten gelernt werden sollen oder aber um Themen, die als vorbereitende Berufsfucht zu werten sind (vgl. Meifort/Becker 1998: 46). Der Bedarf nach neuen Qualifizierungsinhalten und -ausrichtungen wird durchaus erkennbar. Es scheint allerdings fraglich, ob und inwieweit die derzeit vorherrschende „*wilde Modernisierung*“ des Berufsfeldes und eine oftmals korrigierende Qualifizierung dabei hilft, die „*Traditionalitätenfalle*“ der Gesundheitsberufe zu überwinden und die Qualifikationen den tatsächlichen Bedarfen der Betriebe anzupassen, da:

- viele schulischen Qualifikationsinhalte und fachliche Orientierungen die betrieblichen Anforderungen in zentralen Punkten nicht mehr treffen;
- die häufig fehlende Verknüpfung von theoretischen und praktischen Inhalten dazu führt, dass berufliches Lernen sich kaum an sog. „Schlüsselqualifikationen“ der Branche orientiert;
- Die Anschlussfähigkeit der erworbenen Berufsqualifikationen innerhalb des Berufsfeldes, aber auch gegenüber anderen Berufen nur unzureichend gewährleistet ist ;
- die Bildungsstrukturen insgesamt zu intransparent und undurchlässig sind ;
- es nur wenig flächendeckend verbindliche Standards sowohl bezüglich der Angebotsinhalte als auch der Qualifikation des Lehrpersonals gibt;
- es derzeit zu wenige Weiterbildungsmöglichkeiten, etwa in den Bereichen Organisation und Management, gerade auch für Ärztliches Personal gibt;

- viele Weiterbildungsqualifikationen häufig nur betriebsintern verwertbar sind (vgl. Becker/Herdt 2000).

Das Grundproblem der beruflichen Bildung in der Gesundheitswirtschaft liegt somit nicht zuletzt darin, dass geglaubt wird, durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen fehlende berufliche Kompetenz und betriebliche Handlungsprobleme unmittelbar reparieren zu können. Zudem erfolgt in den meisten Betrieben lediglich eine *mangelhafte und kurzfristig ausgerichtete Fortbildungsplanung*. Der Fortbildungsmarkt ist einerseits nicht in der Lage, strukturelle Veränderungen und Anforderungsverlagerungen zu kompensieren und andererseits können die vorhandenen Fortbildungsangebote die von ihnen verlangte Anpassungsleistung im Sinne einer strategischen Investition ins Humankapital kaum erbringen (vgl. Becker 2002). Die Qualifizierung für Berufe der Pflege und Gesundheit in Deutschland, so viel kann an dieser Stelle festgehalten werden, erscheint als defizitär und modernisierungsbedürftig. Allerdings sollte diese Beschreibung nicht den Eindruck erwachsen lassen, die Ausbildung gerade in den Gesundheitsberufen ginge völlig an den betrieblichen und individuellen Bedarfen vorbei, sondern es handelt sich hierbei vor allem in den Pflegeberufen nach wie vor um eine qualifizierte Berufsausbildung auf inhaltlich hohem Niveau. Zudem sind bereits einige der neuen Anforderungen in die Curricula der Alten- und Krankenpflegeausbildung aufgenommen worden. Inwieweit allerdings z.B. die *Novellierung des Krankenpflegegesetzes zum 1. Januar 2004* geeignet ist, den Beruf der Krankenpflege insgesamt zu modernisieren und an die veränderten Rahmenbedingungen anzupassen, ist derzeit nicht unumstritten (vgl. Neiheiser/Walger 2003).

Deutlich wird: Der beschriebene Wandel der Rahmenbedingungen der Gesundheitswirtschaft könnte zum *Motor für eine längst überfällige Reform der Ausbildung- und Weiterbildung* in den Gesundheitsberufen in Deutschland werden. Aktuelle Vorschläge beziehen sich sowohl auf die *Reform der Ausbildungsstruktur* als auch auf die konkreten *Ausbildungsinhalte*. Kontrovers werden des Weiteren Vorschläge diskutiert, welche die *Dauer der Ausbildung und die Hierarchisierung verschiedener Ausbildungsabschlüsse* mit entsprechenden Kompetenzzuweisungen betreffen. Der Gesetzgeber ermöglicht im Rahmen des Krankenpflegegesetzes gemäß § 4 Absatz 6 die befristete Erprobung von Ausbildungsangeboten im Rahmen von *Modellprojekten der Länder*, welche der Weiterentwicklung der Pflegeberufe unter der Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen dienen, sofern das Ausbildungsziel nicht gefährdet wird und die Vereinbarkeit der Ausbildung mit den Richtlinien 77/452/EWG gewährleistet ist (vgl. Bundesgesetzblatt 36/2003). In den letzten Jahren sind entsprechende Konzepte, insbesondere zur Reform der

Pflegeausbildung wie „Pilze aus dem Boden“ gewachsen, so dass eine umfassende Bestandsaufnahme der Reformvorschläge sowie der daran beteiligten Institutionen kaum durchführbar erscheint. Problematisch ist in diesem Zusammenhang nicht die Vielzahl der Konzepte, sondern vielmehr ihre *Vielstimmigkeit und inhaltliche Unschärfe*: Jedes Konzept bedient sich anderer Prinzipien, welche sich zumeist in der Auswahl der zugrunde gelegten *Schlüsselqualifikationen*, der *Kompatibilität im europäischen Vergleich* oder aber in den *Wegen der Akademisierung* voneinander unterscheiden (vgl. Becker 2002). Insgesamt lassen sich die aktuellen Vorschläge zur Verbesserung, insbesondere der Pflegeausbildung, in der einschlägigen Literatur wie folgt zusammenfassen (vgl. Brendel/Dielmann 2000):

- *Gemeinsame Grundausbildung* in den Berufen Alten-, Kinder- und Krankenpflege (als ausgewählte Beispiele: Oelke/Menke 2002; Modellprojekt des Instituts für Pflegewissenschaften der Universität Bielefeld (IPW) und des Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund (FfG) unter <http://www.integrierte-pflegeausbildung.de>);
- *Förderung der horizontalen Durchlässigkeit* zwischen den Pflegeberufen durch die Möglichkeit der Belegung von *Qualifizierungsmodulen* und *Qualifikationsstufen* (vgl. Robert-Bosch-Stiftung 2000) unterschiedlicher Fachrichtungen nach der gemeinsamen Grundausbildung;
- Möglichkeiten der *Erhöhung der vertikalen Durchlässigkeit* orientieren sich an den Mustern anderer nach dem BBiG geregelten Berufe (Meisterabschluss, der mit dem Nachweis einer fünfjährigern Berufstätigkeit die Zulassung zum Studium ermöglicht);
- Diskutiert werden zudem eine *Änderung bzw. Anhebung der Ausbildungsvoraussetzungen* in den Pflegeberufen, wie etwa die Erhöhung des Mindesteintrittsalters und die Erhöhung des benötigten Bildungsabschlusses z.B. auf die allgemeine Hochschulreife<sup>53</sup> (vgl. Projekt zum berufsintegrierten pflegeerstausbildenden Studiengang „Bachelor of Nursing“ an der Evangelischen Fachhochschule Berlin).

Die *Berufs- und Fachverbände der Pflege* nehmen im Feld der Modernisierungsvorschläge recht unterschiedliche Positionen ein. So tritt bspw. der *Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe* (DBfK) für eine generalistische Erstausbildung mit

---

<sup>53</sup> Verlangt werden im Rahmen des Krankenpflegegesetzes (KrPflG) nach § 5 derzeit mindestens der Realschulabschluss oder der Hauptschulabschluss zusammen mit einer erfolgreich abgeschlossenen Berufsausbildung von mindestens zwei Jahren oder einer erfolgreich abgeschlossenen landesrechtlich geregelten Ausbildung von mindestens einjähriger Dauer in der Krankenpflegehilfe oder Altenpflegehilfe.

anschließender Spezialisierung in einzelnen Fachgebieten an Berufsfachschulen ein (vgl. Bildungskonzept Pflege 2000) und lehnt dabei jedoch die Eingliederung der Pflegeausbildung in das duale System ab. Der Zugang in den tertiären Bildungsbereich soll dadurch gewährleistet werden, dass der Abschluss der Berufsfachschule mit entsprechender Erweiterung des allgemein bildenden Unterrichtsanteils zur allgemeinen Fachhochschulreife berechtigt. Gerade mit Blick auf den europäischen Vergleich wurde in den letzten Jahren durch die Berufsverbände und immer wieder die Modernisierung und *Professionalisierung der Pflegeausbildung* angemahnt. Vor allem der Bereich der Erstausbildung sowie die Ausbildung der Lehrkräfte stehen im Zentrum der Modernisierungsforderungen (vgl. Landenberger 2003: 203). Im Folgenden soll ein kurzer Blick auf die derzeitige pflegeberufliche Ausbildung im internationalen Vergleich gerichtet werden.

#### **4.3.1 Exkurs: Ausbildung im internationalen Vergleich – Das Beispiel Krankenpflege**

In allen Ländern der EU hat es in den 90er Jahren wesentliche Umstrukturierungen im Bereich der Erstausbildung für die Pflegeberufe gegeben. *Neue Ausbildungsregelungen und -gesetze*, vor allem die *Verlagerung der Pflegausbildungen in den tertiären Bildungsbereich* (z. B. in Dänemark, Finnland, Großbritannien, Irland, Island, Schweden, Spanien), waren auf europäischer Ebene häufig zu beobachten (vgl. Bergmann-Tyacke 2001: 18). Unterschiede lassen sich zum einen entlang der *Zuordnung der pflegerischen Berufe innerhalb des jeweiligen Gesundheitssystems* verorten, andererseits bestehen auch Differenzen hinsichtlich der *formalen Ausbildung*, welche zu einer entsprechenden Qualifikation und somit zur Berechtigung der Berufsausübung führen. Bezüglich der Zuordnung innerhalb des Gesundheitssystems wird etwa in *Dänemark* der Krankenpflegeberuf zusammen mit den Berufen der Hebamme und der Physiotherapeuten den „Gesundheitsberufen“ zugerechnet, während in *Frankreich* die Krankenpflege als *paramedizinischer Beruf* gilt (vgl. ebd.). Seit 1992 gehört die Pflegeausbildung in Frankreich dem Bereich der höheren (tertiären) Bildung an, so dass hier nicht von Pflegeschüler/-innen, sondern von Studenten/-innen und Instituten für die Pflegebildung gesprochen wird (vgl. Landenberger/Ortmann 1999: 43). Die Grundausbildung dauert 3 Jahre und wird anschließend mit einem Staatsexamen abgeschlossen. Die Ausbildung findet in den „*instituts de formation en soins infirmiers*“ statt, welche größtenteils an öffentliche Krankenhäuser angegliedert sind. Das Lehrpersonal besteht zu weiten Teilen aus Angestellten der Krankenhäuser, so dass ein guter Praxisbezug in der Ausbildung gewährleistet werden kann. In *Großbritannien* wurde unter dem Stichwort „*Project 2000*“ im Jahr 1989 eine grundlegende Änderung der Pflegeausbildung durchgeführt. Die bis dato existierende Unterteilung der Aus-



bildung in zwei Qualifikationsstufen (dreijährige Ausbildung zur *Registered Nurse*; zweijährige Ausbildung zur *Enrolled Nurse*) wurde aufgehoben und in eine einheitliche dreijährige Ausbildung überführt. Mit der Gesetzesnovellierung ist die Pflegeausbildung von der Berufsschul- auf die Hochschulebene mit Degree-Abschluss oder Diplom verlagert worden (vgl. Rennen-Allhoff/Bergmann-Tyacke 2000; Landenberger/Ortmann 1999). In den ersten achtzehn Monaten der Ausbildung findet zunächst eine Grundausbildung statt, in deren Anschluss sich die Studentinnen auf den Gebieten der Pflege alter Menschen, Pflege von Kindern, Pflege geistig Behinderter oder psychiatrische Pflege spezialisieren können. Die berufliche Weiterbildung von Pflegekräften ist seit 1995 durch den United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health visiting (UKCC) geregelt: Die Pflegekammer verlangt von allen registrierten Pflegenden, dass sie innerhalb von drei Jahren einen Nachweis für ein *Mindestmaß an Weiterbildungsaktivitäten* vorzeigen können (mind. 5 Tage oder 35 Stunden). Für Berufsrückkehrer/-innen gibt es darüber hinaus spezifische Wiedereinstiegsprogramme. Die berufliche Weiterbildung wird von den vier National Boards in Zusammenarbeit mit dem UKCC beaufsichtigt und ständig auf ihre Qualität hin überprüft.

In den *Niederlanden* und *Belgien* gibt es hingegen zwei unterschiedliche Ausbildungswege: Zum einen die institutionengebundene und praxisorientierte *duale Ausbildung*, bei welcher die Pflegeschüler gleichzeitig als Angestellte in der ausbildenden Einrichtung eingesetzt werden. Des Weiteren gibt es auch Möglichkeit der *Ausbildung an Fachhochschulen*, in denen eine generalistische Ausbildung angeboten wird. Entsprechend der verschiedenen Ausbildungsmöglichkeiten können auch differenzierte Abschlüsse auf unterschiedlichem Niveau erlangt werden (vgl. Landenberger/Ortmann 1999: 72f.). Die Ausbildungszeiten variieren zwischen drei Jahren (Abschluss der mittleren Pflegeausbildung an der Fachhochschule) und vier Jahren (Abschluss der höheren Pflegeausbildung). Häufigstes Muster im europäischen Vergleich ist die *generalistische Pflegeausbildung*, nach deren Abschluss unterschiedliche Spezialisierungen möglich sind (vgl. Bergmann-Tyacke 2001: 19). In Deutschland, Österreich, Finnland und Irland gibt es hingegen mehrere grundständige Ausbildungsgänge, von denen ein Ausbildungsgang jeweils die grundständige Pflegeausbildung darstellt. Der Idee einer *generalistischen Krankenpflege* ist in Dänemark am ehesten verwirklicht worden; hier gibt es eine Pflegeausbildung, deren Regelungen ausdrücklich festlegen, dass sich die Berufsausübung auf Menschen aller Altersgruppen und an allen Orten bezieht. Es finden keine fachlichen Spezialisierungen statt, allerdings bestehen durchaus Möglichkeiten der akademischen Weiterqualifizierung. Der Blick auf die europäischen Strukturen der Pflegebildung im Kontext veränderter Rahmenbedingungen liefert in

Deutschland immer wieder Anlass zu der Forderung, die *Professionalisierung der Pflege durch ihre Akademisierung* voranzutreiben. Begründet werden diese Forderungen u.a. damit, dass die Vermittlung von (wissenschaftlichem) Wissen über Klientenpräferenzen, Organisationsentwicklung und Implementation von Innovation in erster Linie über eine Akademisierung der Ausbildung erreicht werden kann (vgl. Landenberger 1998; Schaeffer 1999).

#### **4.3.2 Professionalisierung durch Akademisierung der Pflege(bildung) als „One-Best-Way“ aus der Krise?**

Zwar herrscht durchaus Einigkeit unter Pflegewissenschaftlern, Berufsbildungsforschern und Pflegepädagogen hinsichtlich der Einschätzung, dass die bisherige Sonderstellung der Pflegeberufe im bundesdeutschen Berufsbildungssystem ein eindeutiges Modernisierungshindernis für ihre Anpassung an neue fachliche Aufgaben und den (drohenden) Personalmangel darstellt. Über mögliche Professionalisierungsstrategien herrscht unter den Experten jedoch weitaus weniger Einvernehmen. So wird unter anderem die Frage aufgeworfen, welche Qualifikationen auf welchem Niveau benötigt werden, um den zukünftigen Aufgaben im Zuge der beschriebenen Umbrüche des Gesundheitswesens gewachsen zu sein. Die Befürworter einer *Akademisierung der Erstausbildung* in den Pflegeberufen sehen hierin die Chance einer weitgehenden *Professionalisierung* des Pflegebereichs. Verbunden damit werden auch die Hoffnungen auf mehr *Innovation* und *Qualität*, *verbesserte Arbeitsbedingungen*, eine *Erhöhung der Einkommen* und der *Verbesserung des gesellschaftlichen Images* sowie eine Verhinderung von *Dequalifizierungstendenzen* als Folge gesetzlich verordneter Sparmaßnahmen in den Einrichtungen. Zudem soll die Akademisierung der Ausbildung die *Autonomisierung* der Pflege vorantreiben mit dem Ziel, endlich Abschied von der Rolle der Pflege als „Heilhilfsberuf im Schatten des Arztes“ (Schaeffer 2003: 228) nehmen zu können. Demgegenüber verweisen zahlreiche Kritiker einer Akademisierung der Pflege darauf, dass mit dem Qualifizierungsvorsprung der akademisch ausgebildeten Pflegewissenschaftler/-innen gleichzeitig ein Hilfskraftsystem in der Pflege aufgebaut wird, welches in der Folge zu einer *enormen Polarisierung des Berufsfeldes* beitragen würde (vgl. Meifort 2001a). Zukunftsfähige Lösungen zur Modernisierung der Berufsbildung in den Pflegeberufen lägen ihrer Ansicht nach vielmehr in einer *Anbindung der Ausbildung an die (berufspädagogischen) Standards des dualen Berufsbildungssystems* in Deutschland<sup>54</sup>, insbesondere im Hinblick auf die an Lernzielen und beruflichen Handlungskompetenzen orientierte berufliche *Curricula* für die theoretische und praktische Ausbildung. Das Bundesinstitut für Berufsbildung

---

<sup>54</sup> Die Diskussionen um die Einbeziehung der Krankenpflegeausbildung in das duale Berufsbildungssystem auf der Grundlage des BBiG sind keineswegs neu und wurden u.a. im Vorfeld der Diskussion über das Krankenpflegegesetz von 1985 geführt.

(BiBB), aber auch andere Institutionen wie das Institut Arbeit und Technik (Gelsenkirchen), haben in der Vergangenheit an dieser Stelle vorgeschlagen, *neue Ausbildungsberufe* wie die „Gesundheitspflege“ (Meifort/Mettin 1998) oder die „Fachkraft für gesundes Leben“ (vgl. Hilbert/Scharfenorth 1998) auf der Grundlage des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) zu schaffen. Leider sind derartige Versuche nicht zuletzt auch an den Widerständen der Berufs- und Fachverbände der Pflegeberufe gescheitert.

Spätestens seit Ende der 1980er Jahre ist die Konstruktion der Pflege als bloße ärztliche Assistenz Tätigkeit kaum noch konsensfähig. Intensiviert und vervielfältigt wurden die Diskussionen um das berufspolitische Leitbild einer Professionalisierung der Pflege in den 1970er Jahren<sup>55</sup>. Der Zugang zum tertiären Bildungsbereich und die Einführung der Pflegeforschung bildeten zunächst die inhaltlichen Schwerpunkte der Diskussion in den 1980er Jahren, bis schließlich Mitte der 1990er Jahre hauptsächlich die Akademisierung der Ausbildung auf der Agenda stand (vgl. Schmidbaur 2002: 210). Die bundesdeutsche Pflege ist somit erst in jüngster Zeit in einen verstärkten Professionalisierungsprozess eingetreten, dessen Chancen derzeit allerdings recht offen bewertet werden, unter anderem weil er sich in Zeiten der beschriebenen tiefgreifenden Umbrüche im Gesundheitswesen und im Kontext eines fragmentierten Aus- und Weiterbildungssystems vollzieht (Schaeffer 2003: 227)<sup>56</sup>. Orientiert an internationalen Diskussionen und Entwicklungen – etwa der Pflegewissenschaft und -forschung in den USA – und angeblich vorausschauend mit Blick auf einen europäischen Arbeitsmarkt in den Pflegeberufen, wird in diesem Kontext immer häufiger die Erstausbildung auf Fach- bzw. Hochschulebene gefordert, wie sie anderen europäischen Ländern – wie gezeigt – bereits seit längerem üblich ist. Die 90er Jahre brachten dabei ein ‚buntes Kaleidoskop‘ an neuen Ausbildungsangeboten hervor, welche die *Professionalisierung der Pflege durch ihre Akademisierung* zum Leitbild erklärte.

Die Begriffe der ‚*Professionalisierung*‘, der ‚*Profession*‘ sowie des ‚*professionellen Handelns*‘ werden in der Literatur mit unterschiedlichen Konnotationen und in unterschiedlichen Zusammenhängen verwendet, leider jedoch häufig mit mangelnder inhaltlicher Trennschärfe. Die Differenzierung zwischen der gesellschaftlichen Form der „Profession“ einerseits und der Professionalität bzw. „professionellem Handeln“ andererseits ist jedoch grundlegend (Kurtz 1998). Im Jahr 1964 veröffentlichte

---

<sup>55</sup> Einen Überblick über die Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege seit 1903 liefert Schmidbaur 2002.

<sup>56</sup> Vor allem die Einführung der Pflegeversicherung 1995 für den ambulanten, und 1996 für den stationären Bereich haben die Diskussionen um die Professionalisierung der Pflege durch die Akademisierung der Ausbildung angestoßen.

HAROLD WILENSKY einen Aufsatz mit dem Titel „The Professionalization of Everyone?“ in welchem er herausarbeitete, dass nicht jeder Beruf trotz zahlreicher Bestrebung soziologisch als Profession charakterisiert werden kann. Was kennzeichnet nun eigentlich Professionen? Welche Rolle spielen Wissen und Qualifizierung? Können die Pflegeberufe im soziologischen Sinne überhaupt als Professionen beschrieben werden und welche Rolle spielt im Kontext der Professionalisierung deren Akademisierung? Auf diese Fragen soll im Folgenden eine Antwort gegeben werden.

Im Zentrum der hauptsächlich angloamerikanischen, professionssoziologischen Theorienentwicklung<sup>57</sup> stehen zunächst primär *strukturfunktional orientierte Ansätze*, welche in Anlehnung an die Arbeiten DURKHEIMs die Frage nach den spezifischen Funktionen von Professionen im gesellschaftlichen Kontext zu beantworten versuchen. Professionen gelten zunächst als besondere (*Dienstleistungs-*)*Berufe*, welche durch *Expertenwissen* und *Kollektivitätsorientierung* gekennzeichnet sind. Die Wertorientierungen der Professionen werden im Rahmen der von TALCOTT PARSONS als ‚*pattern variables*‘ beschriebenen Orientierungsalternativen durch affektive Neutralität, Universalismus, Kollektivitätsorientierung, Kompetenz durch Leistung und funktionale Spezifität gekennzeichnet (Parsons 1954). Das professionelle Expertenwissen ist nach strukturfunktionalem Verständnis, Teil eines gesamtgesellschaftlichen Rationalisierungs- und Modernisierungsprozesses. Die soziologische Debatte um Professionen war somit in ihren Anfängen eng gekoppelt an die soziologische Diskussion gesellschaftlicher Differenzierung. Im Laufe der Theoriegeschichte wurden die *struktur- und funktionsorientierten Ansätze* zunehmend ergänzt um *interaktions- und machtorientierte Ansätze*. Während diese die Frage nach der Genese und Durchsetzung professioneller Zuständigkeitsmonopole vor dem Hintergrund von Machtressourcen thematisieren, geraten in den Interaktionsmodellen die *Binnenstrukturen professionellen Handelns* ins Blickfeld (vgl. Meyer 2002: 101f.).

1968 führte HARTMANN die Unterscheidung von *Arbeit*, *Beruf* und *Profession* in die wissenschaftliche Diskussion ein und beschrieb an diesen Positionen mittels der Dimensionen ‚*Wissen*‘ und ‚*soziale Orientierung*‘ die grundsätzlich denkbaren Entwicklungen. Während er die *Systematisierung des Wissens* von Arbeit über den Beruf hin zur Profession als ‚*Professionalisierung*‘ deutet, erfährt die soziale Orientierung in gleicher Richtung eine zunehmende Vergesellschaftung. Dies bedeutet ein größeres Prestige bei steigendem Einfluss auf die Gesellschaft, eine stärkere Berufsgruppenidentifikation und eine höhere Zuordnung des Berufs in ein gemein-

---

<sup>57</sup> Einen Überblick liefert Macdonald in „The Sociology of the Professions“ (1995).

sames Netzwerk mit einer sozialen Dienstorientierung. Mit dem Begriff des Berufs kann zunächst die soziale Form spezialisierter Fähigkeiten und Tätigkeiten bezeichnet werden, welche zumeist in Organisationen ausgeübt werden und welche gesellschaftlich definierte Ausbildungen und Zertifikate erfordern. Berufe werden häufig mit einer Kombination von Qualifikationen gleichgesetzt und als „*Qualifikationscollagen*“ (Geissler 1996) oder „*Qualifikationsbündel*“ (Mikl-Horke 2000) betrachtet. Letztlich stellen Berufe sowohl eine entscheidende Schnittstelle zwischen den Leistungen der Berufsinhaber und den gesellschaftlichen und individuellen Bedürfnissen, als auch die Verbindung zwischen der strukturellen Ebene des Arbeitsplatzes und der subjektiven Ebene der Arbeitskraft dar. Deutlich wird: Professionen entwickeln sich aus Berufen bzw. Professionalisierung kann an dieser Stelle zunächst auch als *Prozess der Verberuflichung* verstanden werden. Nachstehende Tabelle 19 fasst die in der Literatur verwendeten wesentlichen strukturellen und individuellen Bedeutungen der Grundkategorien ‚Arbeit‘, ‚Beruf‘ und ‚Profession‘ zusammen.

**Tabelle 19: Ausgewählte Bedeutungen von Arbeit, Beruf und Profession**

Strukturelle Bedeutung	Individuelle Bedeutung
<b>Arbeit</b>	
Zweckgerichtetes und erfolgsorientiertes menschliches Einwirken auf die natürliche oder soziale Umwelt; Einsatz physischer, psychischer und geistiger Fähigkeiten und Fertigkeiten; Aufwendung von Arbeitskraft;	Möglichkeit zur Befriedigung menschlicher Bedürfnisse, zur Lebenserhaltung und Selbstverwirklichung; Suspendierung unmittelbarer Triebbefriedigung; Erfahrung von Körperlichkeit;
<b>Beruf</b>	
Organisationsform gesellschaftlicher Arbeitsteilung; Institutionalisierte Handlungsschablone; Orientierungsmuster von Bildungsprozessen; Konsensfähiges Produkt, das aus Interessenauseinandersetzungen resultiert; Bestimmung des sozialen Orts im gesellschaftlichen Gefüge; Grundlage für soziale Ungleichheit, Differenzierung, Statussymbol;	Fähigkeit zur Übernahme von gemeinschaftsdienlichen Aufgaben; Chance zur Entfaltung individueller Fähigkeiten und Persönlichkeitsbildung; Identitätsschablone; Subjektive Wertung und ethische Beurteilung von angeeigneten Arbeitsfähigkeiten; Basis für soziale Wertschätzung, Ansehen. Prestige; Vermittlungsglied sozialer Beziehungen;
<b>Profession</b>	
Teilhabe am Kompetenzmonopol Ausübung als freier Beruf; Vorhandensein eines gesetzlichen geschützten beruflichen Handlungsraumes; Systematisierung des Berufswissens zur Wissenschaft; Entwicklung von horizontalen und vertikalen Strukturen innerhalb eines Berufs; Kontaktverhalten mit einem besonderen Sprachschatz, der von Außenstehenden nicht ohne weiteres verstanden wird; Orientierung der Arbeit an einem zentralen Wert der Gesellschaft (Zentralwertbezogenheit);	Sicherstellung von Formen der Ehrerbietung;  Vermehrte Übernahme von Leitungs- und Anweisungsbefugnissen;  Verinnerlichung genereller abstrakter Normen, um sich in Problemsituationen zurechtzufinden;  Basis für gesellschaftliche Anerkennung, Karrierechancen und hohes Einkommen;

Quelle: Voges 2002: 16; eigene Darstellung

Als klassische Professionen gelten vor allem Ärzte, Juristen und Theologen. Die *Hauptmerkmale der Professionen* lassen nun sich wie folgt zusammenfassen (vgl. Schaeffer 2003: 228 ff): Professionen erbringen *zentralwertbezogene Leistungen*, d.h. sie gewährleisten die Aufrechterhaltung der gesellschaftlich relevanten Werte wie Recht, Wahrheit, Moral, Konsens und Gesundheit. Sie sind des Weiteren durch ein hohes Maß an *Kontrollautonomie* gekennzeichnet. In ihrer Gemeinwohlorientierung besitzen Professionen so einerseits *organisatorische Unabhängigkeit* von staatlichen Instanzen, beschäftigenden Organisationen sowie vom Markt und andererseits *Unabhängigkeit von der Leistungsbeurteilung durch den Klienten*, was wiederum durch den hohen Grad an fachlicher Kompetenz zu begründen ist. Professionen werden in diesem Sinne stellvertretend für den Klienten tätig, sie deuten Probleme für ihre Klienten, verwalten und bearbeiten diese. Professionen regulieren die allein durch den Klienten nicht zu bewältigende Problemsituation und dies unter Wahrung ihrer Schutzfunktion gegenüber dem Klienten (Parsons 1965). Professionen verfügen zudem über eigene wissenschaftliche und praktische Instrumente und über eine *eigene Wissensbasis*. Professionen besitzen *inhaltliche Autonomie* und die Kontrolle über Produktion und Einsatz des Wissens zur Problemlösung und -bearbeitung. Die *berufsverbandliche Organisation* mit Möglichkeiten der Selbstverwaltung, der Einflussnahme auf die Nachwuchsrekrutierung und der Disziplinargewalt zur Sicherung fachlicher Standards sind ein weiteres Merkmal von Professionen.

Es scheint sich bei dem Begriff der Profession um einen *exklusiven Begriff* zu handeln, wobei die *Wissensbasierung* als ein zentrales Kriterium von Professionen erscheint. Während in der neueren Arbeits- und Berufsforschung im Rahmen hochqualifizierter Erwerbsarbeit die Begriffe *Professionen* und *Wissensberufe* zumeist synonym gebraucht werden, lassen sich bei genauerer Betrachtung sowohl deutliche Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten identifizieren. Der Begriff des Wissensberufs ist ein Steigerungsbegriff, so dass die traditionelle Differenzierung von „Arbeit, Beruf, Profession“ in dieser Form kaum noch haltbar erscheint: Immer mehr Arbeit in der modernen Gesellschaft tendiert zur Wissensarbeit ohne jedoch zugleich eine Profession zu sein. KURTZ zeigt auf, dass Professionen durchaus als Wissensberufe charakterisiert werden können, jedoch nicht alle Wissensberufe zugleich Professionen sind (Kurtz 2003). Gemeinsam ist beiden, dass das Wissen der Professionen und das Expertenwissen der Wissensberufe, interpretationsbedürftig, kontingent und im Handeln immer wieder neu zu reproduzieren ist. Die professionelle Arbeitssituation ist insofern durch Ungewissheit (siehe Kapitel 2.2.2) charakterisiert oder anders: *Professionalität* kann verstanden werden als Bereitschaft und Fähigkeit unter Ungewissheitsstrukturen professioneller Arbeit verantwortlich zu handeln (Rabe-

Kleberg 1997 in Karsten 2000: 82). Professionelles Handeln ist somit nicht notwendigerweise mit der gesellschaftlichen Form der Profession verbunden. ABBOTT (1988) zufolge beruht *professionelle Arbeit* vor dem Hintergrund des professionellen Wissens auf drei Handlungstypen im Sinne der Trias „Diagnose – Schlussfolgerung – Anwendung“. Diese Handlungstypen wiederum gewähren den Blick auf die Ebenen des „Wissens“ (Diagnose), des „Könnens“ (Schlussfolgerung) und des „Tuns“ (Anwendung). Der Prozess der Professionalisierung ist somit immer auch an das Wissen über und die Transparenz des eigenen Handelns geknüpft. Je klarer das Wissen über die einzelnen Ebenen und deren Zusammenhänge ist, umso professioneller kann das Handeln sein. Entscheiden ist jedoch, dass sich das Handeln im Verlauf der beruflichen Sozialisation qualifiziert, mit Abschluss der Berufsausbildung kann somit kein abgeschlossener Wissenskanon über das Berufshandeln vorliegen. Dies erfordert auch die Notwendigkeit der Weiterentwicklung bzw. die Anpassung beruflichen Wissens.

*Professionalisierung* als *Prozesskategorie* bezeichnet nun bei SCHAEFFER den Prozess des Erwerbs der oben beschriebenen Merkmale (vgl. Schaeffer 2003: 230). Mit der *Einführung pflegewissenschaftlicher Studiengänge*, vor allem an Fachhochschulen in den letzten zehn Jahren, wurde begonnen akademisches Wissen zu bilden, welches sich mit den Forschungen und ersten Absolventen in der beruflichen Ausbildung und in der Berufspraxis zu verbreiten beginnt und so die pflegerische Praxis wieder wissenschaftlich rückbindet. Ein entscheidender Meilenstein in punkto Akademisierung der Pflege war die Einrichtung des *Instituts für Pflegewissenschaften (IPW) an der Universität Bielefeld* im Jahr 1995. Derzeit existiert mit über 55 *Pflege- und Gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen* an Universitäten und Fachhochschulen sowie zahlreiche Weiterbildungs-, Fern- und Onlinestudiengänge (vgl. <http://www.pflegestudium.de>) bereits ein relativ dichtes Netz an wissenschaftlichen Einrichtungen in der Pflege.

Während also die Verwissenschaftlichung der Pflege deutliche Fortschritte zu verzeichnen hatte, ist die Frage nach ihrem *eigenständigen Beitrag zur Realisierung der Wertuniversalie „Gesundheit“* bis heute ungeklärt geblieben (vgl. Schaeffer 2003: 234). Auch die *Kontrollautonomie* ist derzeit noch eher gering ausgebildet, vor allem im Vergleich zu den USA. Zwar besitzt die Pflege in den Krankenhäusern neben der Administration und der Verwaltung *organisationelle Autonomie* (vgl. Landenberger/Ortmann 1999), faktisch besitzt sie jedoch zuarbeitende Funktion für die Medizin. Durch die Einführung innovativer Pflegeformen wie der Gruppen- oder der Bezugspflege (siehe Kapitel 4.1.1) ist in den letzten Jahren versucht worden, diese

Autonomie zu steigern. Budgetierung und Bettenabbau sowie eine wachsende Arbeitsverdichtung in den Krankenhäusern gefährden jedoch zunehmend solche Ansätze (vgl. Schaeffer 2003: 232). Trotz der *Organisation in Berufs- und Fachverbänden* ist es der Pflege bisher nicht gelungen, über den Status eines Anhörungsakteurs hinaus zu gelangen und so eine Eindämmung der Fremdbestimmung durch die Ärzteschaft zu erzielen (vgl. Zaddach 2003). Die Pflegeverbände wurden weder in die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen aufgenommen (vgl. <http://www.svr-gesundheit.de>), noch spielten sie bei der Planung der Umstellung der Kostenberechnung auf die DRGs eine Rolle. Zahlreichen Imagekampagnen ist es bisher zudem nicht gelungen, dass gesellschaftliche Ansehen der Pflegeberufe nachhaltig zu verbessern, wie sich nicht zuletzt an den sinkenden Auszubildendenzahlen und den geringen Verweildauern ablesen lässt (siehe Kapitel 3.3.3). In Abgrenzung zu den professionalisierungstheoretischen Positionen aus berufssoziologischer Sicht, entwickelte ETZIONI Ende der 1960er Jahre das theoretische Konzept der *Semi-Professionen*. Semi-Professionen lassen sich beschreiben als:

„(...) a group of new professions whose claim to the status of doctors and lawyers is neither fully established nor fully desired. (...) Their training is shorter, their status less legitimated, their right to privileged communication less established, there is less of specialized knowledge, an they have less autonomy from supervision or societal control than ‘the’ professions“ (Etzioni 1969).

Etzioni beschreibt hier Berufe und Tätigkeiten, welche zunächst nicht den oben genannten Kriterien einer Profession gerecht werden. Auch die Berufe der Alten- und Krankenpflege wären demnach als *Quasi- bzw. Semi-Profession* zu beschreiben. Die Frage, wie viel Autonomie die nicht-ärztlichen Berufe eigentlich haben sollten, ist keineswegs unumstritten. DÖHLER weist darauf hin, dass eben die *Beziehungsmuster zwischen den Berufsgruppen* den Rahmen der Professionalisierung abstecken. Während im *Dominanzmodell* die Profession der Ärzte im Rahmen einer hierarchischen Arbeitsteilung die nicht-ärztlichen Berufsgruppen kontrolliert und somit ihr Monopol für die Nachfrage von Gesundheitsleistungen festigt, ist das *Konkurrenzmodell* um den Konflikt zwischen Ärzteschaft und den um Erweiterung ihrer Autonomie strebenden nicht-ärztlichen Berufsgruppen zentriert. Das *Tauschmodell* geht hingegen davon aus, dass es zwar eine Dominanz der Ärzte gegenüber den nicht-ärztlichen Berufen gibt, diese sich jedoch in einer *symbiotischen Beziehung* befinden (Döhler 1997). Hier setzen die oben beschriebenen strategischen Positionen zur Professionalisierung an: Professionalisierung durch Akademisierung auf der einen Seite (dominanz/-konkurrenztheoretische Perspektive) zielt primär auf die Überwindung der Kontrolle durch die Ärzte während die Schaffung neuer Berufsbilder und Qualifikationen (austauschtheoretische Perspektive) auf der anderen Seite mit dem Ziel erfolgt, die *Attraktivität beruflicher Tauschbeziehungen* sowohl bei Ärzten als auch bei den



Pflegekräften zu erhöhen. Als problematisch gilt, dass Einfluss- und Machtstabilisierung/-erweiterung der nicht-ärztlichen Berufe in den Diskussionen um Professionalisierung im Vordergrund stehen und Fragen zur *arbeitsmarkttauglichen Berufsqualifikation* hingegen vernachlässigt werden (vgl. Meifort 2001a). Die Diskussion um die Professionalisierung der Pflege kann im Prozess der Modernisierung der Gesundheitswirtschaft in erster Linie dann erfolgreich sein, wenn sie weniger von „Ideologien“, sondern von Seiten der notwendigen Kompetenzen im Zusammenspiel aller Berufsgruppen geleitet wird.

#### **4.4 Schlussfolgerung im Hinblick auf die Fragestellung: Notwendig ist die kontinuierliche Verzahnung von Arbeiten und Lernen!**

In der Professionalisierungsdiskussion standen von Beginn an *zwei Pfade zur Debatte*: Während die Akademisierung der Pflege in den letzten Jahren nachhaltig vorangetrieben wurde, ist die Anbindung der Pflege an die Standards der dualen Ausbildung bisher nur bedingt geglückt. Ursächlich hierfür waren vor allem die Bedenken der Berufsverbände: Befürchtet wurde ein weiterer Autonomie- und Machtverlust gegenüber der Ärztlichen Profession und damit eine weitgehende *Deprofessionalisierung* der Pflegeberufe im Zuge der Modernisierung des Gesundheitssystems. Professionalisierung kann sich jedoch nicht nur auf die Einrichtung wissenschaftlicher Studiengänge beschränken. Dies ist mit Blick auf die Erläuterungen in Kapitel 3 zwar eine notwendige, wenn auch keine hinreichende Voraussetzung. Es geht vielmehr um ein spezifisches Verständnis professionellen Handelns, im Sinne der Ausbildung und Anpassung der für die Arbeit notwendigen Kompetenzen. Dies erfordert nicht zuletzt eine *professionelle Organisation der Aus- und Weiterbildung* in den Gesundheitsberufen. Während der Kanon der vermittelten Inhalte als momentan zeitgemäß gilt, gibt es Zweifel, ob die Vorbereitung auf das Weiterlernen, auf das Anpassen und Weiterentwickeln der einmal erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten ausreichend eingeübt wird. Zwar sind die Zahlen zur Teilnahme an Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung insgesamt seit Beginn der 80er Jahre erheblich (um mehr als das Dreifache) gestiegen (vgl. Becker 2002c: 5), aber es ist fraglich inwieweit sich dies dann auch in einer deutlichen Verbesserung der beruflichen Situation der Beschäftigten ausdrückt. Die Zersplitterung berufsrechtlicher Regelungen, die Vielfalt und hohe Intransparenz der Weiterbildungsangebote, die inhaltliche Rückständigkeit vieler Ausbildungsinhalte in Bezug auf neue Anforderungen ebenso wie das „Mismatch“ zwischen erforderlicher und tatsächlich durchgeführter Weiterbildung sind Charakteristika des derzeitigen Systems der beruflichen Bildung im Gesundheitssektor, die deutlich machen, dass es noch ein weiter Weg ist, um den oben idealtypisch formulierten

Anforderungen an ein kohärentes System des „Lebenslangen Lernens“ gerecht werden zu können. Die bisherigen Professionalisierungsansätze greifen im Kontext der beschriebenen Qualifizierungsherausforderungen jedenfalls zu kurz: Ein wesentliches Defizit der im Hinblick auf den europäischen Vergleich geführten Debatte besteht vor allem darin, dass zwar auf die *formale Organisation der Ausbildung* (Wie wird ausgebildet?), nicht aber auf die *Ausbildungsinhalte* und somit auf die Frage „Was wird ausgebildet?“ geschaut wird. Entscheidend für die Zukunft der Qualifizierung in den Gesundheitsberufen wird es sein, diese Top-down orientierte Qualifizierungsperspektive (Akademisierung als Wissensvermittlung auf höherem Niveau) mit den von der Basis – d.h. von den Einrichtungen und Individuen – ausgehenden Qualifizierungsaktivitäten (im Sinne der Kontinuität der Wissensvermittlung) zu koppeln und zu stärken. Es bedarf somit der Ergänzung bisheriger Professionalisierungsansätze um betriebliche Qualifizierungsstrategien und -maßnahmen, welche eine *kontinuierliche Verknüpfung von Arbeit und Lernen* sicherstellen.

## 5 Modernisierung, Qualifikationsentwicklung und Qualifikationsbedarf der Gesundheitswirtschaft – Empirische Ergebnisse

Im vorangegangenen Kapitel wurden die wesentlichen Entwicklungstrends und Rahmenbedingungen beschrieben, die den Qualifizierungsbedarf der Gesundheitswirtschaft sowohl quantitativ als auch qualitativ beeinflussen. Lassen sich die daraus idealtypisch abgeleiteten Veränderungen des Qualifizierungsbedarfs auch empirisch nachweisen? Insgesamt haben die im Folgenden dargestellten Ergebnisse und Aussagen verstärkt explorativen Charakter und dienen aufgrund der unzureichenden Anschlussfähigkeit der Daten eher der Hypothesenbildung. Einzelne Teilaspekte im Zusammenhang der Modernisierung, der Qualifikationsentwicklung und des Qualifikationsbedarfs der Gesundheitswirtschaft wären in entsprechenden Teilstudien noch weiter zu vertiefen. Zum Abschluss dieses Kapitels erfolgt nicht noch einmal eine Zusammenfassung, da die zentralen Ergebnisse im Ausblick dieser Arbeit noch einmal aufgegriffen werden.

### 5.1 Modernisierung in der Gesundheitswirtschaft im Vergleich mit weiteren Wirtschaftssektoren

Die Gesundheitswirtschaft ist, wie in den vorangegangenen Kapiteln deutlich wurde, eine Branche im Umbruch. Damit die Betriebe sich unter den veränderten Rahmenbedingungen behaupten können, werden Modernisierungsmaßnahmen notwendig.

**Tabelle 20: Durchgeführte Modernisierungsmaßnahmen nach Wirtschaftssektoren in NRW 2002 (in % der Betriebe)**

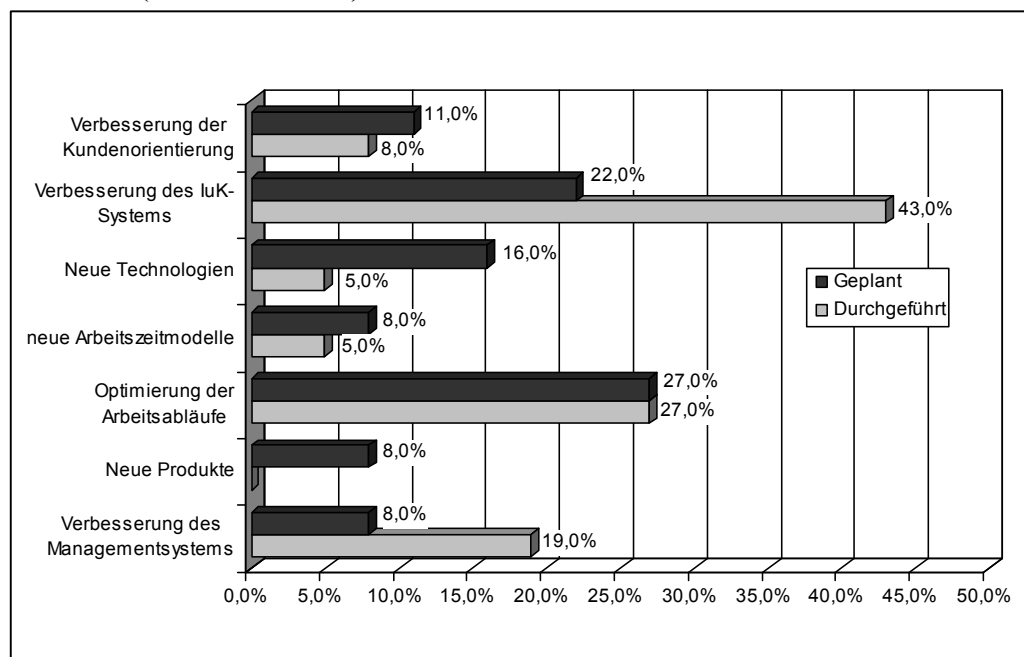
	Verarbeitendes Gewerbe	Baugewerbe	Handel und Gastgewerbe	Dienstleistungen insgesamt	Gesundheitssektor
Verbesserung des Managementsystems	9,0%	13,0%	13,0%	12,0%	19,0%
Neue Produkte	10,0%	19,0%	11,0%	5,0%	0,0%
Optimierung der Arbeitsabläufe	28,0%	28,0%	19,0%	22,0%	27,0%
Neue Arbeitsmodelle	9,0%	6,0%	6,0%	5,0%	5,0%
Neue Technologien	43,0%	22,0%	19,0%	11,0%	5,0%
Verbesserung des IuK-Systems	37,0%	31,0%	48,0%	63,0%	43,0%
Verbesserung der Kundenorientierung	8,0%	9,0%	10,0%	8,0%	8,0%

Quelle: GIB-NRW Betriebsbefragung 2002; Sonderauswertung für das IAT, N=1303.

Die *Tabelle 20* zeigt die durchgeführten Modernisierungsmaßnahmen im Vergleich der Wirtschaftssektoren (Verarbeitendes Gewerbe, Baugewerbe, Handel und Gastgewerbe, Dienstleistungen insgesamt, Gesundheitssektor) zueinander. In den Betrieben des Gesundheitswesens stehen mit 43% der Nennungen deutlich die Verbesserungen des Informations- und Kommunikationssystems im Mittelpunkt, gefolgt von Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsabläufe und des Managementsystems.

Diese haben im intersektoralen Vergleich im Gesundheitssektor eine überdurchschnittliche Bedeutung. Erstaunlicherweise keine Rolle spielt hingegen die Entwicklung neuer Produkte (0%). Auch der Verbesserung der Kundenorientierung (8 %) wird im Vergleich keine herausragende Bedeutung beigemessen. Die Ergebnisse bestätigen insgesamt die großen Modernisierungsfelder IuK-Systeme, Optimierung der Betriebsabläufe (Prozesse/Organisation) und Management. Interessanterweise sind auch in den Bereichen in denen in der Vergangenheit keine Modernisierungsmaßnahmen durchgeführt worden sind, kaum Maßnahmen geplant, während die Bereiche, die bereits in der Vergangenheit eine große Rolle bei der Modernisierung spielten, auch in Zukunft durch weitere Maßnahmen gestützt werden (vgl. Abbildung 18). Lediglich 8% der Betriebe des Gesundheitssektors planen in Zukunft Maßnahmen zur Einführung und Entwicklung neuer Produkte.

**Abbildung 18: Durchgeführte und geplante Modernisierungen im Gesundheitssektor in NRW 2002 (in % der Betriebe)**

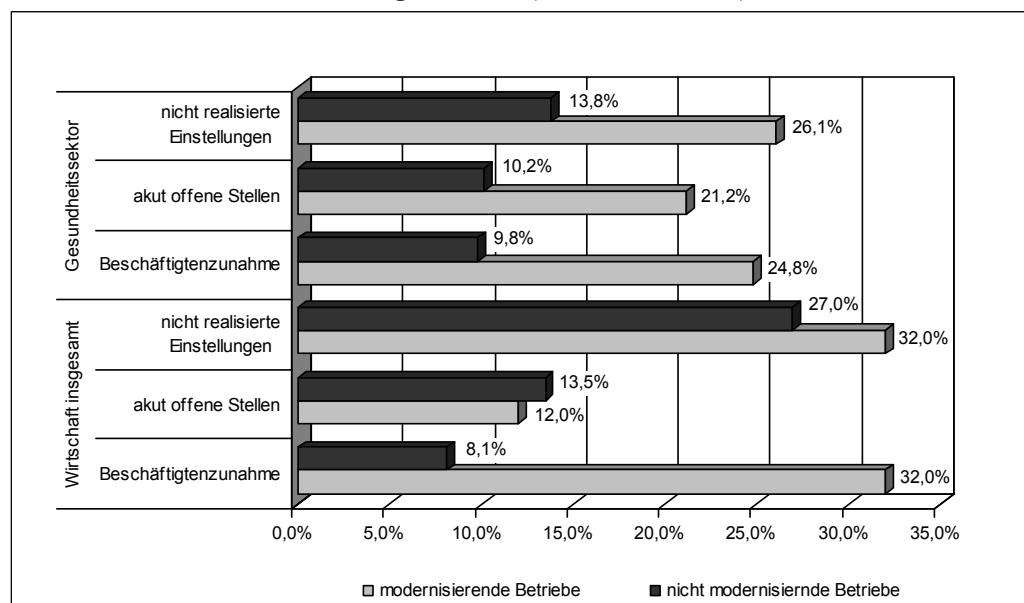


Quelle: GIB-NRW Betriebsbefragung 2002; Sonderauswertung für das IAT, N=1303.

In Anbetracht der herausragenden Bedeutung der Produktentwicklung für die Gesundheitswirtschaft erscheint dieses Ergebnis sehr ernüchternd. Zentral bleiben weiterhin

Maßnahmen zur Optimierung der Arbeitsabläufe und zur Verbesserung des IuK-Systems. Etwas „innovationsfreudiger“ zeigen sich die Betriebe hingegen bei der geplanten Durchführung von Maßnahmen zur Steigerung der Kundenorientierung (11%) und der Einführung neuer Technologien (16%). 27% der Betriebe im Gesundheitssektor planen für die Zukunft weitere Maßnahmen zur Optimierung der Arbeitsabläufe. Damit bleiben Modernisierungen in diesem Bereich für die Unternehmen nach wie vor von herausragender Bedeutung. Neue Arbeitszeitmodelle spielen erstaunlicherweise auch für die Zukunft eher eine untergeordnete Rolle. Lediglich 8% der Betriebe planen, zukünftig in diesem Bereich Modernisierungsmaßnahmen durchzuführen. Zusammenfassend kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass sich die Modernisierungsaktivitäten im Gesundheitssektor im Vergleich der Wirtschaftssektoren grundsätzlich nicht zu verstecken brauchen. Allerdings verweisen die Ergebnisse auch darauf, dass vor allem die für die Entwicklung der Branche wichtigen Bereiche wie „Kundenorientierung“ und die „Entwicklung neuer Produkte“ derzeit noch eher „stiefmütterlich“ behandelt werden.

**Abbildung 19: Modernisierung und Beschäftigungsentwicklung – Gesundheitssektor und Gesamtwirtschaft in NRW im Vergleich 2002 (in % der Betriebe)**

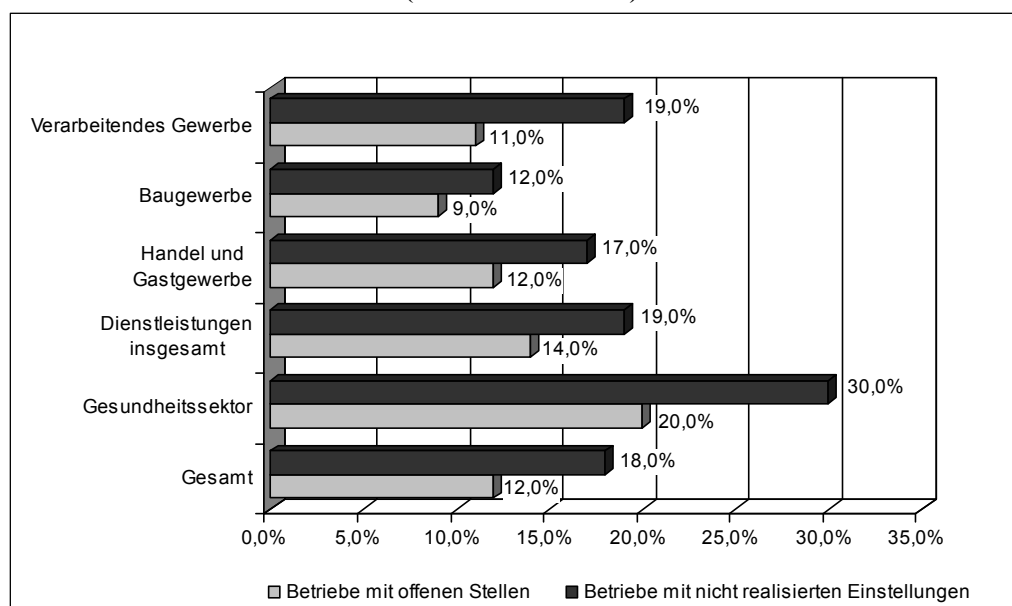


Quelle: GIB-NRW Betriebsbefragung 2002; Sonderauswertung für das IAT, N=1303.

Interessanterweise sind es insbesondere die modernisierenden Betriebe des Gesundheitssektors (Abbildung 19), welche bei gleichzeitiger Beschäftigtenzunahme insgesamt (24,8 %) Einstellungen nicht realisieren konnten (26,1 %) und akut offene Stellen zu melden hatten (21,2 %). Gegenüber der Gesamtwirtschaft konnten die sich modernisierenden Betriebe des Gesundheitssektors insgesamt häufiger akut offene Stellen vermelden. Die Beschäftigtenzunahme entwickelte sich darüber hinaus im Vergleich jeweils in den Betrieben schlechter, welche aktuell keine Modernisierungs-

maßnahmen durchführten. Die Ergebnisse deuten zum einen darauf hin, dass ein enger Zusammenhang zwischen der Modernisierung der Betriebe und der Beschäftigungsentwicklung derart besteht, dass die Beschäftigtenzunahme bei den modernisierenden Betrieben sowohl in der Gesamtwirtschaft (32,0 %) als auch im Gesundheitssektor (24,8 %) deutlich höher ausfällt. Die Modernisierung der Betriebe ist somit nicht gleichzeitig ein Indikator dafür, dass es im Zuge dieser Maßnahmen zu Personalentlassungen kommt. Zum anderen scheint die Verfügbarkeit qualifizierter Arbeitskräfte im Prozess der Modernisierung zum Engpassfaktor zu werden. Der Blick auf die Betriebe mit offenen Stellen und nicht realisierten Einstellungen verweist auf die großen Personalrekrutierungsprobleme in der Gesundheitswirtschaft. Während die Werte zu den offenen Stellen angeben, wie viel Prozent der befragten Betriebe offene Stellen angeben, verweisen die Zahlen zu den nicht realisierten Einstellungen darauf, wie viele der befragten Betriebe (in %) Bewerber auf offene Stellen eingeladen hatten, diese dann aber nicht eingestellt haben. Insgesamt 12% der befragten Betriebe verfügten über offene Stellen, 18% der Betriebe konnten geplante Einstellungen nicht realisieren.

**Abbildung 20: Betriebe mit offenen und nicht realisierten Einstellungen nach Wirtschaftssektoren in NRW 2002 (in % aller Betriebe)**



Quelle: GIB-NRW Betriebsbefragung 2002; Sonderauswertung für das IAT, N=1303.

Die Abbildung 20 zeigt recht deutlich, dass es sich nicht um ein alleiniges Problem des Gesundheitssektors handelt, offene Stellen nicht mit geeigneten Bewerbern besetzen zu können. Gleichwohl scheint der Gesundheitssektor ein „Problemkind“ des Dienstleistungssektors zu sein: Die Werte in dieser Branche liegen deutlich über den Werten der übrigen Wirtschaftssektoren. Etwa ein Drittel der Betriebe in der Gesundheitswirtschaft konnte Einstellungen nicht realisieren (30%); dieser Wert liegt deutlich

über den Vergleichswerten der anderen Branchen. Auch der Wert zu den offenen Stellen liegt deutlich über den Ergebnissen der anderen Branchen (20%). Generell verfügen im Dienstleistungssektor überdurchschnittlich viele Betriebe (14%) über offene Stellen, und es scheint hier wesentlich problematischer zu sein, die offenen Stellen auch mit geeigneten Bewerbern besetzen zu können (19%). Etwa jeder fünfte Betrieb konnte trotz Einstellungsgespräche seine Stellen nicht besetzen. Der Gesundheitssektor hat also offensichtlich nicht nur überdurchschnittlich viele Betriebe mit offenen Stellen, sondern es gelingt – trotz Einstellungsgespräche – in rund einem Drittel der befragten Betriebe nicht, diese offenen Stellen auch zu besetzen. Dies ist ein Hinweis darauf, dass neben einem quantitativen Stellenbesetzungsproblem (es melden sich keine Bewerber) ein gewichtiges qualitatives Stellenbesetzungsproblem (Bewerber sind aus betrieblicher Sicht nicht für die Stelle geeignet) im Gesundheitssektor existiert. Warum Einstellungen häufig nicht realisiert werden, darüber kann die folgende Tabelle 21 Auskunft geben.

**Tabelle 21: Art der Rekrutierungsprobleme nach Wirtschaftssektoren in NRW 2002 (in % aller Nennungen)**

	Verarbeitendes Gewerbe	Baugewerbe	Handel und Gastgewerbe	Dienstleistungen insgesamt	Gesundheitssektor
Fehlende Qualifikationen	67,0%	76,0%	57,0%	63,0%	64,0%
Unzureichendes Bewerberangebot	40,0%	24,0%	35,0%	39,0%	47,0%
Mangelnde Arbeitsmotivation	29,0%	48,0%	33,0%	23,0%	22,0%
Mangelnde Arbeitszeitflexibilität	16,0%	5,0%	15,0%	11,0%	13,0%
zu hohe finanzielle Erwartungen	7,0%	2,0%	9,0%	9,0%	2,0%

Quelle: GIB-NRW Betriebsbefragung 2002; Sonderauswertung für das IAT.

Als Hauptursache für den derzeitigen Personalmangel in der Gesundheitswirtschaft in NRW lassen sich insbesondere *fehlende Qualifikationen* der Bewerber identifizieren. Vergleicht man die Art der betrieblichen Rekrutierungsprobleme entlang der unterschiedlichen Wirtschaftssektoren, dann zeigt sich, dass die „fehlenden Qualifikationen“ auch hier der wichtigste Grund sind, warum offene Stellen nicht besetzt werden können. Allerdings geben immerhin 47 % der Betriebe des Gesundheitssektors an, dass ihre Rekrutierungsprobleme auf ein *generell unzureichendes Bewerberangebot* zurückzuführen ist. Im Vergleich der Branchen und der dort befragten Betriebe fällt dieser Wert in der Gesundheitswirtschaft somit deutlich höher aus. Nur die Betriebe des verarbeitenden Gewerbes (40, %) klagen haben hier ähnlich hohe Werte zu verzeichnen. Eine „mangelnde Arbeitsmotivation“ der Bewerber wird von den 22,0 %

der Betriebe des Gesundheitssektors beklagt. Zu „hohe finanzielle Erwartungen“ (2,0 %) oder eine „mangelnde Arbeitszeitflexibilität“ (13,0 %) spiegeln hingegen in den ausgesuchten Branchen lediglich eine untergeordnete Rolle. Lediglich im Baugewerbe klagt beinahe jeder zweite Betrieb (48,0 %) über die mangelnde Arbeitsmotivation der Bewerber. Insgesamt scheinen Qualifizierungsdefizite somit nicht nur ein originäres Problem der Gesundheitswirtschaft zu sein, sondern auch in den anderen Branchen scheinen Passungsprobleme zwischen Ausbildungs- und Beschäftigungssystem an der Tagesordnung zu sein.

## **5.2 Organisation und Finanzierung betrieblicher Fort- und Weiterbildung in der Gesundheitswirtschaft – Ein Überblick**

Während bisher Fragen bezüglich der Modernisierungsaktivitäten der Branche im Mittelpunkt standen, soll in diesem Abschnitt skizziert werden, wie die Betriebe die Fort- und Weiterbildung ihrer Beschäftigten organisieren und finanzieren. Der Anteil der weiterbildungsaktiven Betriebe im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft ist insgesamt überraschend hoch (Tabelle 22): Zwischen 99 % (Krankenhäuser und Hochschulkliniken) und 84 % (Einrichtungen für Behinderte) der befragten Betriebe sind hier aktiv. Allerdings relativiert sich das positive Bild ein wenig, wenn man den Anteil der Weiterbildungsteilnehmer an allen Beschäftigten der jeweiligen Einrichtungstypen betrachtet. In den stationären Altenheimen nahmen im Jahr 2001 immerhin rund 44 % der Beschäftigten an entsprechenden Maßnahmen teil, während hier in den Krankenhäusern und Hochschulkliniken (20,0 %) sowie den Vorsorge- und Rehakliniken (22 %) die Werte deutlich niedriger ausfallen. Insbesondere bei den Krankenhäusern und Hochschulkliniken überrascht die deutliche Differenz zwischen dem Angebot und der konkreten Teilnahme an Weiterbildungen. Über Ursachen kann an dieser Stelle nur spekuliert werden, aber es wäre durchaus plausibel, dass die Möglichkeit der Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen durch die personelle Situation in den Einrichtungen faktisch konterkariert wird. Interessant ist auch der folgende Zusammenhang: Je größer der Betrieb, desto mehr Betriebe bilden Weiterbildungen an und desto geringer fällt aber auch die konkrete Teilnahme aus. So bieten zwar 99 % der Betriebe von 500 Mitarbeitern und mehr Weiterbildungen an, jedoch nur 19 % der Beschäftigten dieser Größenklasse haben im Jahr 2001 entsprechende Angebote auch genutzt.



**Tabelle 22: Angebot und Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Weiterbildung im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft nach Einrichtungstyp und Größenklasse (2001)**

	<b>Angebot an Weiterbildung (Anteil der weiterbildungs- aktiven Betriebe an allen Betrieben der jeweiligen Branche/Größenklasse)</b>	<b>Teilnahme an Weiterbildung (Anteil der Weiterbildungs- teilnehmer an allen Beschäftigten der jeweiligen Branche/Größenklasse)</b>
Ambulante soziale Dienste	85 %	39 %
Krankenhäuser und Hochschulkliniken	99 %	20 %
Vorsorge- und Rehakliniken	91 %	22 %
Altenheime	89 %	44 %
Altenpflegeheime	97 %	38 %
Einrichtungen für Behinderte	84 %	26 %
Sonstige Heime	93 %	39 %
1 bis 9 Beschäftigte	72 %	39 %
10 bis 49 Beschäftigte	94 %	41 %
50 bis 499 Beschäftigte	99 %	30 %
500 und mehr Beschäftigte	99 %	19 %
Insgesamt	91 %	27 %

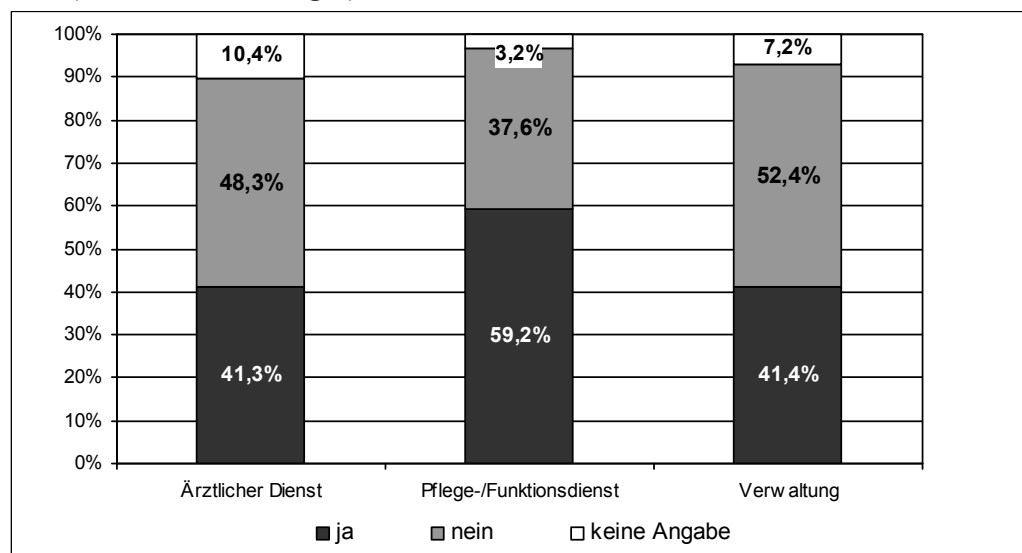
Quelle: Gewiese/Leber/Schwengler 2003: 161.

Unter einer systematischen Personalentwicklung wird die Planung der Maßnahmen verstanden, die die Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft der Krankenhausmitarbeiter im Hinblick auf aktuelle oder zukünftige Anforderungen verbessern sollen (vgl. Offermanns 2003). Hierunter lassen sich also auch Maßnahmen subsumieren, welche auf den Erhalt und/oder auf die Verbesserung der Motivation der Beschäftigten zielen. Zusammenfassend gehören dazu ebenso Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung wie auch die gezielte Laufbahnplanung, die Durchführung von Mitarbeitergesprächen (Leistungsbeurteilungs-, Potentialbeurteilungs- und Bewertungsgespräche) sowie die jeweiligen Verfahren der Stellenausschreibung und Besetzung. Abbildung 21 zeigt, dass 41,3 % der Krankenhäuser für den Ärztlichen Dienst<sup>58</sup>, 59,2 % der Einrichtungen für den Pflege- und Funktionsdienst sowie 41,4 % der Krankenhäuser für den Verwaltungsdienst entsprechende Personalentwicklungssysteme vorhalten. Auch wenn die Zahlen auf den ersten Blick eine recht positive Situation beschreiben, so verweisen sie jedoch auch auf die Tatsache, dass in jedem zweiten Krankenhaus für den Ärztlichen Dienst sowie in mehr als einem Drittel der Einrichtungen für den Pflege- und Funktionsdienst keine systematische Personalentwicklung existiert. In nahezu jedem zweiten Krankenhaus werden darüber hinaus keine Maßnahmen der Personalentwicklung für die Beschäftigten in der Verwaltung vorgehalten. Grundsätzlich ist fraglich, ob Einrichtungen die eine Maßnahme vorhal-

<sup>58</sup> Die hohe Zahl der Krankenhäuser, die beim Ärztlichen Dienst keine Angaben machen konnten, ist darauf zurückzuführen, dass in Belegkrankenhäusern keine systematische Personalentwicklung für Ärzte betrieben wird (DKI 2003).

ten, welche laut Definition der Personalentwicklung dient, hier nicht gleichgewichtet werden, mit Einrichtungen die demgegenüber eine ganze Bandbreite von Maßnahmen vorhalten. Dies würde das Bild dann deutlich verzerren. An dieser Stelle wäre es sinnvoll, zwischen verschiedenen Typen der Personalentwicklungspraxis in den Krankenhäusern zu unterscheiden. In Untersuchungen zur Situation der Fort- und Weiterbildung in der Altenhilfe wurden solche Typisierungen in Bezug auf die Qualifizierungspraxis der Einrichtungen vorgenommen. Auf einer Fünfer-Skala wurde zwischen „kaum praktiziert“, „unregelmäßig und ungeplant praktiziert“, „organisatorisch oder inhaltlich geplant praktiziert“, „nach einem festen Konzept praktiziert“ und „es gab ein Fort- und Weiterbildungskonzept“ differenziert. Im Ergebnis zeigte sich, dass rund 36 % der stationären Einrichtungen die Fort- und Weiterbildung nach einem festen Konzept praktizieren. Lediglich 8 % der Einrichtungen konnten ein „Fort- und Weiterbildungskonzept“ vorweisen.

**Abbildung 21: Durchführung systematischer Personalentwicklung in Krankenhäusern 2002 (in % der Einrichtungen)**

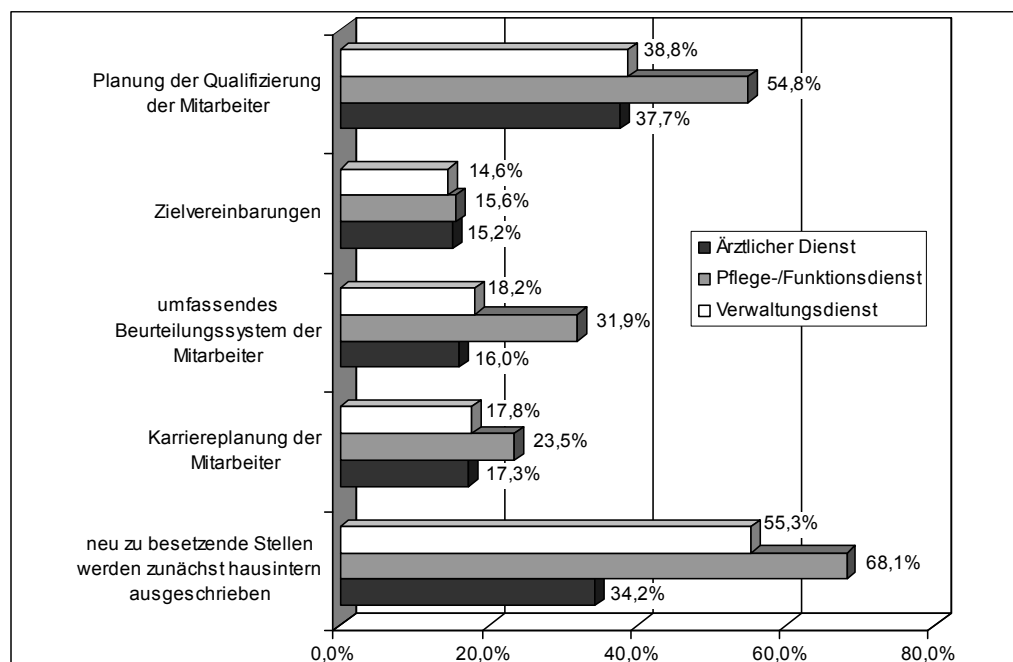


Quelle: DKI 2002.

Ein gutes weiteres Drittel der Einrichtungen hingegen praktizierte die Fort- und Weiterbildung seiner Beschäftigten „unregelmäßig und ungeplant“. Bei den ambulanten Diensten lag der Prozentsatz der Einrichtungen, die lediglich „unregelmäßig“ und ad-hoc Fort- und Weiterbildung praktizieren mit 47,1 % deutlich höher. Darüber hinaus variierte die Qualifizierungspraxis mit der Größe der Einrichtung: Je größer die Einrichtung (nach Plätzen) desto häufiger waren „nach einem festen Konzept“ geplante Qualifizierungen anzutreffen (vgl. Rohleder 1999: 42 ff.). Die von den Krankenhäusern vorgehaltenen Maßnahmen der systematischen Personalentwicklung zeigen dabei im Vergleich der Arbeitsbereiche recht unterschiedliche Schwerpunktssetzungen (vgl. Abbildung 22). Während immerhin über 50 % der befragten

Einrichtungen angeben, bei Mitarbeitern im Pflege- und Funktionsdienst eine Planung der Qualifizierung durchzuführen, erfolgt dies bei den Ärzten nur in 37,7 % und bei Mitarbeitern der Verwaltung nur in 38,8 % der untersuchten Einrichtungen. Zielvereinbarungen ebenso wie eine Karriereplanung der Mitarbeiter gehören nur in wenigen Krankenhäusern zu einer systematischen Personalentwicklung und wenn, dann vor allem für den Pflege- und Funktionsdienst (15,6 % bzw. 23,5 %). Zu den am häufigsten genannten Maßnahmen gehörte für die drei ausgewählten Arbeitsbereiche auch die Praxis, neu zu besetzende Stellen zunächst hausintern auszuschreiben. Die Frage nach der Art der Maßnahmen variieren darüber hinaus mit der Größenklasse der befragten Einrichtungen. Bei den Häusern >300 Betten führen 30% eine Karriereplanung durch, im Gegensatz zu den Häusern in der Größenklasse bis unter 100 Betten.

**Abbildung 22: Berücksichtigte Maßnahmen im Rahmen der systematischen Personalentwicklung in Krankenhäusern 2002 (in % der Einrichtungen)**

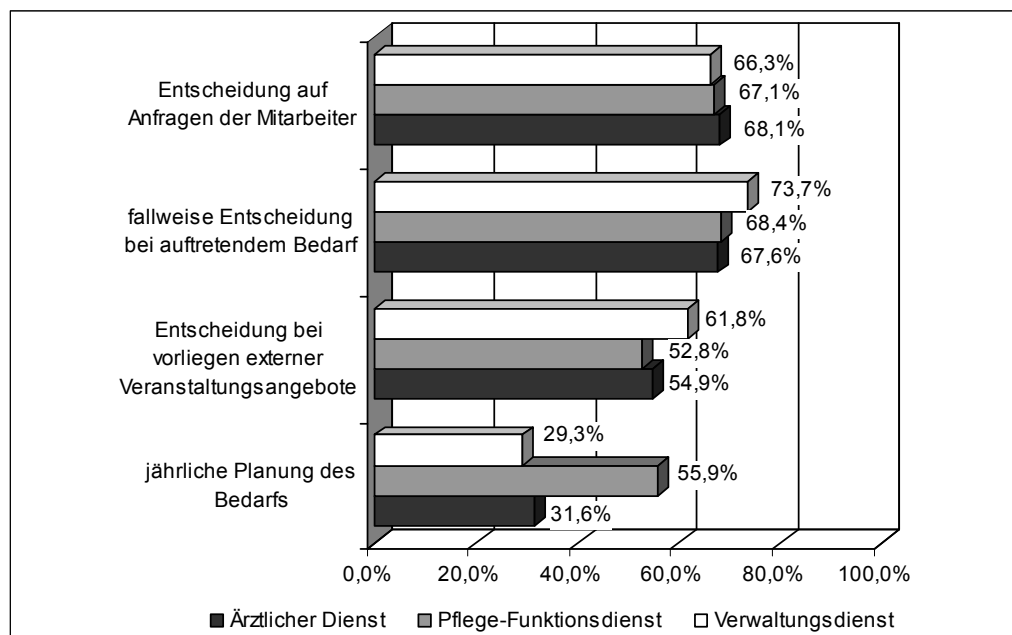


Quelle: DKI 2002.

Hier führen nur die Hälfte der befragten Einrichtungen entsprechende Maßnahmen durch. Für die Ärzte und die Verwaltungsmitarbeiter gestaltet sich die Situation ein wenig anders: Führend sind hier die Krankenhäuser mit 300 bis unter 600 Betten, bei denen jeweils ein Viertel der Einrichtungen diese Form der systematischen Personalentwicklung betreibt. Die Praxis, neu zu besetzende Stellen zunächst hausintern auszuschreiben, gehört noch über alle Arbeitsbereiche hinweg zu den am häufigsten genannten Maßnahmen der systematischen Personalentwicklung. Zu den Maßnahmen der Planung und Qualifizierung der Mitarbeiter gehören in einem bedeutenden Umfange auch die Fort- und Weiterbildung (vgl. DKI 2002). Auf welcher Basis

werden eigentlich die Entscheidungen zur Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter getroffen? Zunächst ist es positiv festzustellen (vgl. Abbildung 23), dass über zwei Drittel der Krankenhäuser unabhängig der Zugehörigkeit der Mitarbeiter zu einem bestimmten Arbeitsbereich, die Entscheidung zur Fort- und Weiterbildung auf Anfragen der Mitarbeiter fallen. Dies spricht für eine relative stark ausgeprägte Partizipation der Mitarbeiter in Fragen der Personalentwicklung und im Bereich der Planung der Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen. Die fallweise Entscheidung bei auftretendem Bedarf ist ebenfalls eine häufig verbreitete Entscheidungsgrundlage und bei den Mitarbeitern des Verwaltungsdienstes in 73,7% der Einrichtungen die häufigste Antwort auf die Frage, wie Fort- und Weiterbildungsentscheidungen getroffen werden. Wie stark allerdings die Fort- und Weiterbildungsentscheidungen von Krankenhäusern auch angebotsseitig geprägt werden, zeigt sich u.a. darin, dass mehr als jedes zweite Krankenhaus die Qualifizierungsentscheidung bei Vorliegen externer Veranstaltungsangebote trifft.

**Abbildung 23: Wie wurden im Jahr 2002 Fort- und Weiterbildungsentscheidungen in Krankenhäusern getroffen? (in % der Einrichtungen)**



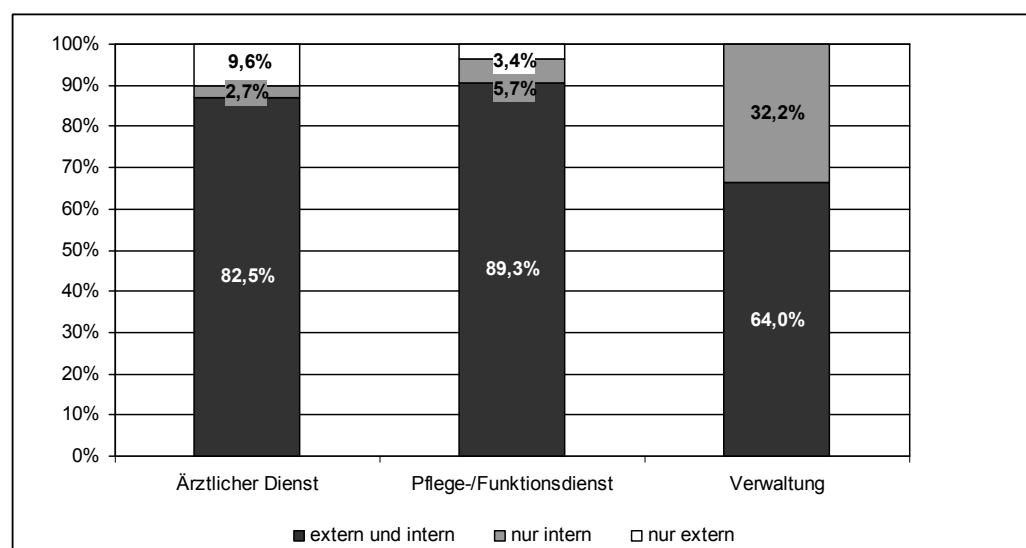
Quelle: DKI 2002.

Die Differenzierung der Ergebnisse nach Arbeitsbereichen zeigt, dass bei Ärzten die Entscheidung zur Fort- und Weiterbildung in erster Linie auf Anfrage der Mitarbeiter erfolgt (68,1 %), während beim Pflege- und Funktionsdienst in 68,4 % der Einrichtungen die fallweise Entscheidung bei auftretendem Bedarf im Vordergrund steht. Zudem verweist die Abbildung auf die relativ hohe Bedeutung der jährlichen Planung des Bedarfs für den Pflege- und Funktionsdienst. In mehr als jedem zweiten Krankenhaus erfolgt dort die Fort- und Weiterbildung auf Basis einer Planung

(55,9 %). Zusammenfassend scheint in den Einrichtungen ein „Nebeneinander“ von eigeninitiierten, fallweiser und extern initiierten Weiterbildungen zu existieren. Die jährliche Planung des Bedarfs wird zumindest für die Ärzte und das Verwaltungspersonal in nur rund einem Drittel der Einrichtungen praktiziert.

Die Fort- und Weiterbildung kann sowohl im Rahmen interner, als auch durch externe Veranstaltungen erfolgen (vgl. Abbildung 24). Nahezu alle befragten Einrichtungen führen sowohl für den Ärztlichen Dienst, als auch für den Pflege- und Funktionsdienst und die Verwaltung sowohl externe als auch interne Veranstaltungen durch. Für alle drei Arbeitsbereiche spielt in den befragten Einrichtungen der Mix aus externen und internen Maßnahmen die entscheidende Rolle. In der Verwaltung sind allerdings im Vergleich der Arbeitsbereiche die internen Maßnahmen bei 32,2 % der Einrichtungen von besonderer Bedeutung. Für den Ärztlichen Dienst spielen darüber hinaus die externen Veranstaltungen, wie medizinische Fachkongresse und Tagungen, eine wesentliche Rolle: 9,6 % der befragten Einrichtungen geben an, dass sie für den Ärztlichen Dienst nur externe Maßnahmen vorhalten.

**Abbildung 24: Formen der Fort- und Weiterbildung in Krankenhäusern 2002 (in % der Einrichtungen)**

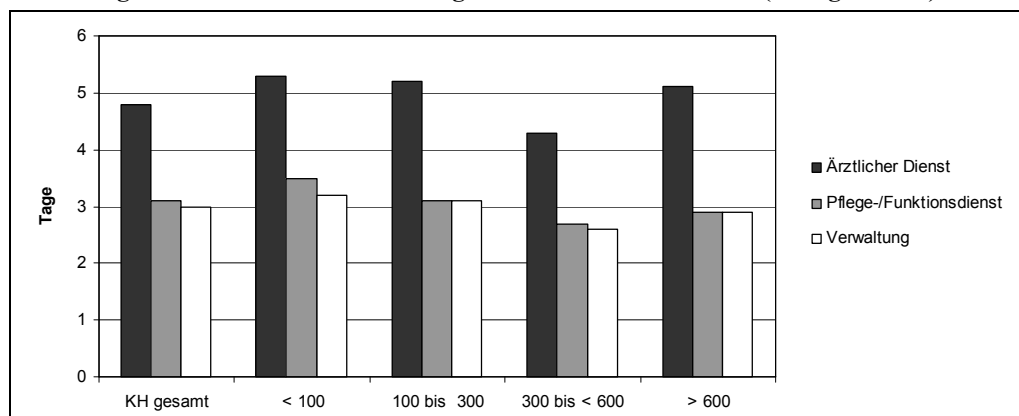


Quelle: DKI 2002.

Die Betrachtung der Anzahl der Tage (vgl. Abbildung 25), die im Jahr für externe Fort- und Weiterbildungen zur Verfügung stehen zeigt, dass sich hier deutliche Differenzen zwischen den Arbeitsbereichen nachzeichnen lassen. Während jedem Mitarbeiter des ärztlichen Dienstes durchschnittlich 4,8 Tage im Jahr für seine Fort- und Weiterbildung zur Verfügung stehen, sind es sowohl im Pflege- und Funktionsdienst als auch in der Verwaltung nur etwa jeweils 3 Tage. Diese deutliche Differenz zwischen den Arbeitsbereichen bleibt auch im Vergleich der Krankenhäuser nach

Größenklassen erhalten. Allerdings variiert hier die Dauer der Weiterbildung. Den höchsten Mittelwert weisen Einrichtungen < 100 Betten auf. Hier verfügt der ärztliche Dienst über 5,3 Tage, der Pflege- und Funktionsdienst über 3,5 und die Verwaltung über 3,2 Tage im Jahr zwecks Fort- und Weiterbildung. Die Tage, welche für diese Maßnahmen der Personalentwicklung zur Verfügung stehen, verringern sich mit der Größe des Krankenhauses: Kleine Einrichtungen wenden mehr Tage im Jahr für die Weiterbildung ihrer Mitarbeiter auf als Größere. Deutlich variieren die Werte bei den Ärzten: Zwischen durchschnittlich 5,3 Tagen in Einrichtungen <100 Mitarbeitern und 4,3 Tagen in Einrichtungen, die zwischen 300 bis < 600 <Mitarbeitern beschäftigen.

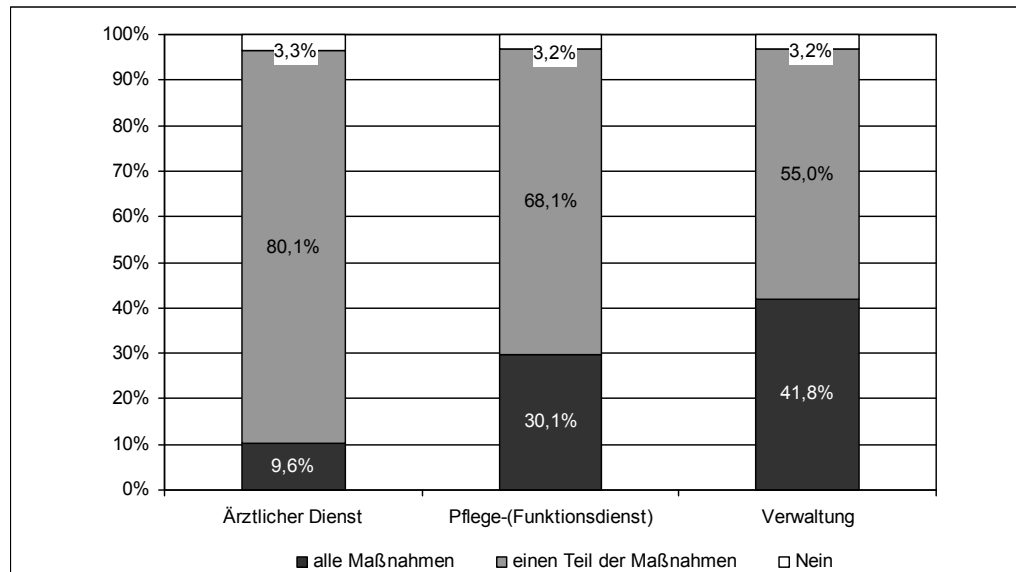
**Abbildung 25: Dauer der Weiterbildung in Krankenhäusern 2002 (in Tagen/Jahr)**



Quelle: DKI 2002.

In nur ca. 3 % der Fälle finanzieren die Krankenhäuser die externen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen nicht (Abbildung 26). Die Vollfinanzierung aller Maßnahmen ist, wie die Abbildung deutlich zeigt, abhängig von dem jeweiligen Arbeitsbereich. Während in 9,6 % der Krankenhäuser aller Maßnahmen des Ärztlichen Dienstes finanziert werden ist dies bei den Mitarbeitern im Pflege- und Funktionsdienst bereits in 30,1 % der Einrichtungen der Fall. Mitarbeiter der Verwaltung bekommen in 41,8 % der befragten Krankenhäuser alle Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finanziert.

**Abbildung 26: Finanzierung der externen Fort- und Weiterbildung durch die Krankenhäuser 2002 (in % der Einrichtungen)**

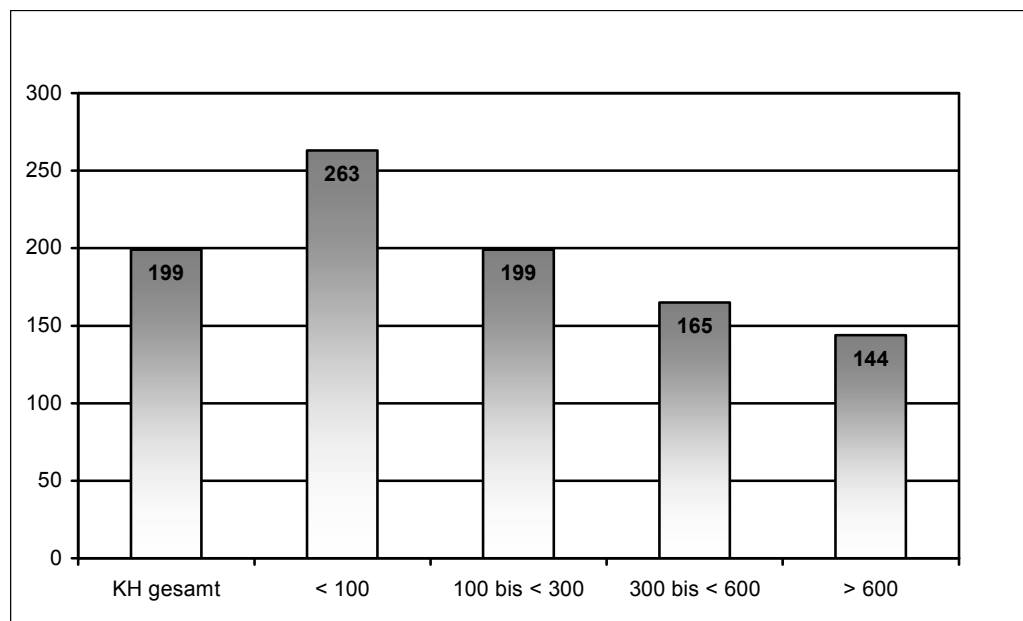


Quelle: DKI 2002.

Während jedoch mehr als jede zweite Einrichtung ihren Verwaltungsmitarbeitern zumindest einen Teil der Maßnahmen finanziert, ist dies beim Ärztlichen Dienst in über 80 %, im Pflege- und Funktionsdienst in rund 68 % der untersuchten Einrichtungen der Fall. Die Zahlen verweisen noch auf einen weiteren wichtigen Umstand. Zwar werden in einem Großteil der Krankenhäuser ein Teil der Maßnahmen finanziert, jedoch bedeutet dies auch, dass die Mitarbeiter einen nicht unerheblichen Teil der Kosten selbst zu tragen haben. Insbesondere bei Mitarbeitern des ärztlichen Dienstes wird der Großteil der Maßnahmen zwar mitfinanziert, gefolgt vom Pflege- und Funktionsdienst. Die übrigen Kosten müssen jedoch von den Beschäftigten selbst getragen werden. Am Beispiel zweier anerkannter Weiterbildungsqualifikationen im Gesundheitssektor (Fachkrankenschwester/-pfleger für Gerontopsychiatrie; Alten- oder Gerontotherapeutin) wird von Becker aufgezeigt, dass die eigenfinanzierte berufliche Fort- und Weiterbildung für die Beschäftigten zu einem „undurchsichtigen und kostenintensiven Lotteriespiel“ werden kann, da sowohl die Weiterbildungskosten als auch die Weiterbildungsdauer regional enorm schwanken können, für Angebote mit gleicher Qualifikationsdauer im gleichen Bundesland sogar um mehr als 20%. An diesem Punkt wird der Weiterbildungsmarkt für Interessierte zu einer „regionalisierten Kostenfalle“, weite „Bildungsreisen“ sind weder zeitlich noch aus Kostengründen zu bewältigen (vgl. Becker 2002: 45). Regionale Qualifizierungsnetzwerke könnten an dieser Stelle sowohl Klarheit über Kosten als auch über die Qualität der Weiterbildungsangebote schaffen und auch die Kosten für einzelne Einrichtungen insgesamt deutlich reduzieren.

Die Ergebnisse des DKI (ohne Abbildung) zeigen auch auf, dass nur in einem sehr kleinen Teil der Krankenhäuser die Mitarbeiter grundsätzlich keine Freistellung für externe Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen erhalten (ca. 0,5% der Einrichtungen in den zugrunde gelegten Arbeitsbereichen). Dagegen erfolgt in rund 36% der Einrichtungen für den Ärztlichen Dienst, in 46% der Einrichtungen für den Pflege- und Funktionsdienst und in rund 50% der Häuser für die Mitarbeiter der Verwaltung eine Freistellung für alle Maßnahmen. Darüber hinaus zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Freistellung und Größe des Krankenhauses, vor allem für den Pflege- und Funktionsdienst sowie für die Verwaltungsmitarbeiter: Je größer die befragten Krankenhäuser sind, desto höher ist der Anteil, bei denen eine grundsätzliche Freistellung erfolgt (vgl. DKI 2003: 44 f.). Allerdings sinkt – wie bereits beschrieben - die Zahl der Tage, die für Weiterbildung der Beschäftigten in den einzelnen Arbeitsbereichen aufgewendet werden mit zunehmender Größe der Einrichtungen.

**Abbildung 27: Kosten der externen Fort- und Weiterbildung in Krankenhäusern 2002 (in Euro je Vollkraft)**



Quelle: DKI 2002.

Der finanzielle Aufwand der Fort- und Weiterbildungen je Vollkraft betrugen im Durchschnitt aller befragten Einrichtungen im zugrunde gelegten Befragungszeitraum 199 Euro (vgl. Abbildung 27). Die Aufwendungen für Fort- und Weiterbildung werden in großen Einrichtungen insgesamt aufgrund der höheren Mitarbeiterzahl höher einzustufen sein. Der Vergleich der Aufwendungen je Vollkraft zeigt hingegen, dass kleine Einrichtungen (<100 Mitarbeitern) mit 263 Euro je Vollkraft überdurchschnittlich hohe Ausgaben für die Fort- und Weiterbildungen ihrer Mitarbeiter haben. Mit zunehmender Größe der Krankenhäuser lassen sich bezüglich der Weiterbildung



dementsprechend Kostenvorteile realisieren: In Einrichtungen  $\geq 600$  Betten liegen die Weiterbildungskosten mit 144 Euro deutlich unter den im Durchschnitt aller Einrichtungen festgestellten Kosten je Vollkraft.

Nachdem zunächst ein Überblick über die Aktivitäten der Betriebe der Gesundheitswirtschaft im Bereich der Modernisierung sowie der Fort- und Weiterbildung gewonnen wurde, stehen im Folgenden die Berufe und die konkreten Qualifizierungsbedarfe im Mittelpunkt des Interesses.

### **5.3 Nachfrage nach Gesundheitsberufen und Qualifikationen**

Als Zugang zum Qualifikationsbedarf der Betriebe bietet sich eine Analyse von Stellenanzeigen an. Zum einen sind Stellenanzeigen leicht zugänglich, zum anderen spiegeln sie den aktuellen Bedarf und die gegenwärtigen und zukünftig erwarteten Qualifikationsanforderungen der Betriebe wider, denn aus betrieblicher Sicht sind Neueinstellungen Investitionen, die auf die Zukunft ausgerichtet sind. Stellenanzeigenanalysen allein liefern jedoch kein verlässliches und hinreichendes Bild über eventuelle Qualifizierungserfordernisse, die zur Deckung des Fachkräftebedarfs der Betriebe notwendig sind. Der Informationsgehalt von Stellenanzeigen ist nämlich je nach beruflichem Teilarbeitsmarkt sehr unterschiedlich, und die in Stellenanzeigen formulierten Qualifikationsanforderungen sind nicht allein an den tatsächlichen Anforderungen der zu besetzenden Stellen ausgerichtet, sondern stellen auch auf die Bewerbersituation auf dem Arbeitsmarkt ab und werben für die jeweilige Tätigkeit und das Unternehmen. Hinzu kommt, dass zur Feststellung von Qualifikationsengpässen auf dem Arbeitsmarkt Informationen darüber benötigt werden, in welchem Umfang die Betriebe die nachgefragten Qualifikationen auf dem Arbeitsmarkt auch rekrutieren konnten. Das BIBB führt daher mit zeitlichem Abstand Inserentennachbefragungen durch, um Angaben der Betriebe zur Bewerbersituation, zu den Anforderungen an die Bewerber, zur Stellenbesetzung, zur Qualifikation und zu Qualifikationsdefiziten der Stelleninhaber sowie zu neuen Qualifikationsanforderungen in den Berufen zu erhalten. Grundlage der nachfolgenden Ausführungen sind mehr als 5.000 Stellenanzeigen, die im Berufsfeld „Gesundheit/Wellness“ vom September bis November 2001 aus 40 Zeitungen und Fachzeitschriften erhoben wurden sowie eine Inserentennachbefragung von Oktober 2002, bei der sich mehr als 1.300 Betriebe zu den inserierten Stellen äußerten.<sup>59</sup> Die Erhebungen sollten insbesondere Antworten auf folgende Fragen liefern:

---

<sup>59</sup> Vgl. SCHADE, H.-J.: Qualifikationsanforderungen der Betriebe an neue Mitarbeiter/innen im Berufsfeld Gesundheit/Wellness. Bonn 2003

1. Welche Qualifikationen werden im Berufsfeld Gesundheit/Wellness (ohne Ärzteschaft) auf dem Arbeitsmarkt nachgefragt?
2. Welche Hinweise gibt es auf Qualifizierungserfordernisse und neue Qualifikationsanforderungen in den Berufen des Berufsfelds Gesundheit/Wellness?

### **5.3.1 Berufe die in Stellenanzeigen nachgefragt werden**

Die Analyse der Stellenanzeigen spiegelt die Ergebnisse zum hohen Fachkräftebedarf der Gesundheitswirtschaft, vor allem in den Pflegeberufen deutlich wieder. Von den erhobenen Stellen entfielen mit einem Anteil von 34 % die meisten ausgeschriebenen Stellen auf die Pflegeberufe, gefolgt von den (Zahnarzt-)helferinnen (15 %), den therapeutischen Berufen (9 %), sowie den Laborberufen (7 %) und den (heil)pädagogischen Berufen (8 %). Die verbleibenden 27 % verteilen sich auf die übrigen Berufe im Berufsfeld Gesundheit /Wellness. Jede zweite Stellenanzeige in diesem Berufsfeld entfällt auf die folgenden fünf Einzelberufe: Krankenschwestern/-pfleger (21 %), Altenpflegerinnen (10 %), Arzthelferinnen (9 %), Krankengymnasten/Physiotherapeuten (7 %) sowie Zahnarthelfer/innen (6 %). Nach Angaben der Betriebe und Einrichtungen, die sich an der Inserentennachbefragung beteiligten (N= 1.314) wurde knapp jede vierte ausgeschriebene Stelle neu geschaffen. Der Anteil neuer Stellen liegt für alle Gesundheits- und Wellnessberufe damit entsprechend bei 24%. Einen deutlich höheren Anteil an neu geschaffenen Stellen haben die ambulanten Pflegedienst, die Hersteller von Medizintechnik, die Pharmaunternehmen sowie die Krankenkassen. Im Gegensatz dazu haben Apotheken so gut wie keine neuen Stellen geschaffen. Auch bei den ausgeschriebenen Stellen von Kliniken/Krankenhäusern sowie stationären Pflegeeinrichtungen liegt der Anteil neuer Stellen deutlich unter dem Durchschnitt. Rund 85 % der Stellen in den Bereichen Gesundheit/Wellness werden von Einrichtungen in den Kernbereichen der ambulanten und stationären Versorgung, also jenen Einrichtungen der direkten Patientenversorgung angeboten. Aufgrund der hohen Branchenkonzentration hängen die Beschäftigungsmöglichkeiten stark von der Entwicklung des Gesundheitswesens ab. Außerhalb dieses Kernbereichs können die Berufsangehörigen in den Bereichen Gesundheit/Wellness Beschäftigungsmöglichkeiten vor allem bei den Herstellern von Medizintechnik, Pharmaunternehmen, Bildung- und Forschungseinrichtungen sowie in Fitness- und Wellnesseinrichtungen Beschäftigung finden.

### **5.3.2 Wichtige fachliche und überfachliche Anforderungen der Betriebe**

Generell lässt sich feststellen, dass die Betriebe die so genannten „Soft Skills“ in allen Gesundheits- und Wellnessberufen als besonders wichtig ansehen. Auf einer Skala von eins (völlig unwichtig) bis sieben (sehr wichtig) stuften sie diese im Durchschnitt um

den Wert sechs ein. Am wichtigsten sind ihnen *Team-, Kooperations- und Kommunikationsfähigkeit*. Bei der Einstellung neuer Mitarbeiter/innen gehen die Betriebe bei den „Soft Skills“ auch die wenigsten Kompromisse ein. Der Anteil der eingestellten Bewerber/innen, bei denen die Betriebe Defizite in diesem Bereich sehen, liegt überwiegend unter zehn Prozent. Allein bei den kognitiven und den Problemlösungskompetenzen liegen die von den Betrieben erkannten Defizite leicht darüber (13 %), und hier im Schwerpunkt bei Altenpflegekräften und Arzthelfern/innen. Bei den fachübergreifenden Qualifikationen ragen *IT-Anwenderkenntnisse* heraus, die für wichtig erachtet werden insbesondere bei Kinderkrankenpflegekräften/Hebammen, Pflegelehrkräften, Arzthelfern/innen, OP-Pflegekräften und Pharmareferenten/innen. *Betriebswirtschaftliche Kenntnisse* werden vor allem bei Pharmareferenten/innen, Pflegelehrkräften und OP-Pflegekräften geschätzt, Erfahrung mit Projektarbeit bei Pflegelehrkräften und Kinderkrankenpflegekräften/Hebammen. *Englischkenntnisse* wurden bei keinem der Berufe eine größere Bedeutung für die Einstellung beigemessen. Bei den fachspezifischen Qualifikationen werden *Kenntnisse in der medizinischen Dokumentation* und der *Qualitätssicherung* von den Arbeitgebern bei den meisten Berufen als überdurchschnittlich wichtig angesehen. Lediglich bei Zahntechnikern/innen und Pharmareferenten/innen haben diese nur eine geringe Bedeutung. Die Berufe des Berufsfeldes Gesundheit/Wellness haben ansonsten klare fachliche Qualifikationsprofile und Schwerpunkte: Bei den Pflegeberufen sind *patientenorientierte Qualifikationen* besonders wichtig. An erster Stelle stehen, wie zu erwarten ist, *Kenntnisse in der Pflege*, wobei solchen in der ambulanten Pflege nur eine unterdurchschnittliche Bedeutung beigemessen wird. Daneben hielten die Arbeitgeber noch Erfahrungen aus einer leitenden Tätigkeit häufiger als im Durchschnitt für wichtig. Bei den Krankenpflegekräften kommen noch Kompetenzen im Bereich *psychosoziale Intervention* und *Beratung* sowie Kenntnisse über Hilfsmittel für Patienten hinzu. Bei den OP-Pflegekräften dagegen liegt ein weiterer Schwerpunkt in der Beherrschung medizintechnischer Apparate und bei Kinderpflegekräften/Hebammen in der *Beratung*, einschließlich psychosozialer Intervention, *Ernährungsberatung* und *Prävention*.

Das Profil der Altenpflegekräfte ist vergleichbar dem der Krankenpflegekräfte. Bei den Arzt- und Zahnarzthelfern/innen, besonders bei letzteren, dominieren Kenntnisse in der *Arztassistenz*. Wichtig bei Arzthelfern/innen sind daneben noch Kenntnisse in der *Bedienung medizinischer Apparate*; bei Zahnarzthelferinnen liegt der zweite Schwerpunkt dagegen bei der *Patientenberatung*. Bei neuen Mitarbeitern/innen in Laborberufen nennen die Arbeitgeber neben guten Kenntnissen in der *Diagnose-, Labortechnik und Bedienung medizintechnischer Apparate* keine weiteren Schwer-

punkte. Bei den therapeutischen Berufen liegen die Schwerpunkte in der *Rehabilitation* und bei den medizinischen Hilfsmitteln für die Patienten. Bei Krankengymnasten/Physiotherapeuten sind daneben noch Kenntnisse in der *Prävention* und der *Fitness-/Wellnessförderung* wichtig, bei den Ergotherapeuten dagegen Kenntnisse im Bereich der psychosozialen Intervention und Beratung. Letztere sind auch bei den pädagogischen Berufen sehr wichtig. Bei den Logopäden/-Logopädinnen liegen weitere Schwerpunkte in der ambulanten Rehabilitation, bei den Heilpädagogen/innen in der Heilerziehungspflege und bei den Pflegelehrkräften neben den Bereichen Unterricht, Pflege in der Ernährungsberatung, Prävention und im Bereich medizinische Hilfsmittel für Patienten. Bei Pharmaberatern/innen stehen allein Kenntnisse in der Beratung und im *Vertrieb/Verkauf* hoch in der Gunst der Arbeitgeber.

### 5.3.3 *Neue Qualifikationsanforderungen der Betriebe nach Berufen*

Bei 15% der 1.314 nachbefragten Betriebe wurde angegeben, dass für die jeweilige Stelle nicht nur in der Branche übliche, sondern auch *neue Qualifikationsanforderungen* gestellt werden. Überdurchschnittlich war dies der Fall bei Stellen für pädagogische und therapeutische Berufe (mit Ausnahme bei den Logopäden), unterdurchschnittlich bei Stellen für Pflegeberufe. Im Klartext offen angegeben wurden folgende, häufiger genannte neue Qualifikationsanforderungen:

- **Kranken-/Entbindungspflege:** PC-gestützte Dienstplanung, telefonische Beratung, naturheilkundliches Wissen, Qualitätssicherung, -management, gerontopsychiatrische und geriatrische Kenntnisse, Sterbebegleitung, (Kinder)Intensivpflege im häuslichen Bereich und damit zusammenhängende soziokulturelle Probleme.
- **Altenpflege:** Erstellen von Gutachten, Schmerztherapie, Sterbebegleitung, Betreuung Demenzkranker, Organisation von Nachbarschaftshilfe.
- **Arzthelfer/-innen:** PC-Bedienung und PC-gestützte Kommunikation, (telefonische) Beantwortung medizinischer Fragen, Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern, bei Zahnarzthelfer/-innen zusätzlich Dentalberatung, Zahnreinigung, -prophylaxe.
- **MTA/MTRA:** Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben, molekularbiologische Techniken, Strahlentherapie.
- **Krankengymnastik, Physiotherapie:** PC-Bedienung und PC-gestützte Kommunikation und Terminierung, Kinderneurophysiologie, Behandlung/Beratung am Arbeitsplatz (Ergonomie, Prävention), organisatorische Aufgaben bei der Akquise und Betreuung von Firmen, Gruppenbehandlung im Fit-

ness-Studio: Step Aerobic, medizinische Trainingstherapie, Prävention, Aufbaustraining.

- **Ergotherapeuten/innen:** administrative Aufgaben, neue Anamnese- und Testbereiche, basale Stimulation, Frührehabilitation bei Schädel- und Hirnverletzten, Frühförderung entwicklungsauffälliger Kinder, Anforderungen der Krankenkassen an die ambulante Rehabilitation.
- **Logopäden/innen:** Therapieplanung auf Basis standardisierter Tests, Behandlung von Schluckstörungen, Freifördertätigkeit (mobiler Einsatz in Kindertagesstätten, Schulen, Elternberatung), interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Therapeuten/Therapeutinnen.
- **Heilpädagogen, Heilerziehungspfleger/innen:** PC-gestützte Dokumentation, Sozialmanagement, Qualitätskontrolle, -standards, Kooperation mit externen Fachdiensten, systemische Beratung, Kenntnisse über Gruppenabläufe und (sozial)psychiatrische Auffälligkeiten.
- **Pflegelehrkräfte:** strategische Personalentwicklung, Qualitätsmanagement, Entwicklung therapeutischer Assessments in der Ausbildung.

#### **5.3.4 Neue Qualifikationsanforderungen und Qualifizierungserfordernisse**

Hinweise auf Qualifizierungserfordernisse liefern die Angaben der einstellenden Betriebe und Einrichtungen zu den Defiziten neu eingestellter Bewerber/innen und zu neuen Qualifikationsanforderungen in den Berufen. Der anhaltende Kostendruck im Gesundheitswesen fordert von allen Beschäftigten ein kostenbewusstes und qualitätsorientiertes Handeln. Es überrascht daher nicht, dass die Betriebe auf diesen Gebieten erhöhte Anforderungen an neue Mitarbeiter/innen stellen und hier auch noch die Notwendigkeit weiterer Qualifizierungen sehen. Auch bei Qualifikationen, die stärker präventiv ausgerichtet sind wie Ernährungsberatung und Fitness/Wellness Förderung, die ebenfalls dazu beitragen können, die Krankheitskosten zu senken, sehen die Betriebe noch Qualifizierungsbedarf. In Gesundheits- und Wellnessberufen werden aber auch neue Qualifikationsanforderungen gestellt, die Berufsangehörige sich aneignen müssen. Dies sind zum einen berufsübergreifende, zum anderen spezielle fach- und zielgruppenspezifische Qualifikationen. Am häufigsten nannten die Betriebe:

- IT-Qualifikationen im Zusammenhang mit Planungs-, Verwaltungs-, Dokumentations- und Kommunikationsaufgaben,
- Beratung, medizinische Information,
- Prophylaxe/Prävention, Frühförderung, Frührehabilitation,
- Qualitätskontrolle/-sicherung,

- Spezielle diagnostische und therapeutische Qualifikationen für verschiedene Zielgruppen, zum Beispiel Umgang mit/Behandlung von verhaltensgestörten oder entwicklungsauffälligen Kindern, Demenzkranken, psychiatrisch Auffälligen, Epileptikern, Schädel- und Hirnverletzten; daneben Sterbehilfe sowie Schmerztherapien, gerontopsychiatrische und geriatrische Kenntnisse,
- Neue Zielgruppen, zum Beispiel Akquise und Betreuung von Firmen, Behandlung von Mitarbeitern im Betrieb, Beratung von Kindern in Kindergärten und Schulen sowie deren Eltern, Gruppenbehandlung oder -unterweisung fitness- und wellnesorientierter Gesunder.

Festzuhalten ist an dieser Stelle: Die Ergebnisse der Erhebungen zur Qualifikationsnachfrage und zum Qualifikationsangebot in nichtärztlichen Gesundheits- und Wellnessberufen sind ein Spiegel der aktuellen Situation. Zur Zeit werden verschiedene Ansätze für Reformen im Gesundheitswesen intensiv diskutiert. Medizinisches Handeln steht zunehmend unter dem Druck, seine Wirksamkeit und Qualität per Evaluation nachzuweisen, Fragen der Kostenvermeidung durch Prävention erhalten stärkeres Gewicht, und es zeichnet sich eine Verlagerung von der kollektiven und solidarisch finanzierten Gesundheitsfürsorge hin zu individuellen und privat finanzierten Gesundheitsdienstleistungen ab. Diese neuen Akzentsetzungen und Orientierungen im Gesundheitswesen hinterlassen auch bei der Qualifikationsnachfrage auf dem Stellenmarkt ihre Spuren. So sind den Arbeitgebern bei der Einstellung neuer Mitarbeiter/innen Qualifikationen in den Bereichen Betriebswirtschaft, Qualitätssicherung und medizinische Dokumentation besonders wichtig, bei Berufsangehörigen der therapeutischen Berufe schätzen sie darüber hinaus unternehmerische Einstellungen und Kompetenzen in Zusammenhang mit der Erschließung und Betreuung neuer Kundengruppen. Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen werden durch die in Planung befindlichen Reformvorhaben mehr oder weniger gravierend verändert. Dies wird sich auch auf die Arbeitsorganisation und Arbeitsteilung in den Gesundheits- und Wellnessberufen auswirken und zu neuen Qualifikationsbedarfen führen. In qualitativer Hinsicht wird jedoch nicht mit einer gravierenden Änderung der Richtung der hier skizzierten Qualifizierungserfordernisse gerechnet.

#### **5.4 Neue Berufe in der Gesundheitswirtschaft**

Die veränderten Rahmenbedingungen haben im Bereich der personenbezogenen und sozialen Dienstleistungen in den letzten Jahren nicht nur zu neuen Qualifikationsanforderungen innerhalb der bestehenden Berufsbilder, sondern auch zu neuen Berufen geführt. Im Vergleich zu anderen Wirtschaftssektoren waren neue

Berufe in der Gesundheitswirtschaft, vor allem in den 90er Jahren, jedoch eine echte „Mangelware“ (vgl. BMBF 2003). Exemplarisch sollen an dieser Stelle zwei neue Berufsbilder der Gesundheitswirtschaft skizziert werden.

**Operationstechnischer Assistent (OTA):** Der Operationstechnische Assistent wird überwiegend in Operationsabteilungen sowie in Funktionsbereichen wie der Endoskopie oder der Ambulanz eingesetzt. Das Einsatzfeld dieses Berufsbildes ist jedoch nicht nur auf den Klinikbereich im engeren Sinne beschränkt. Auch in Arztpraxen und in Zentren für ambulantes Operieren wird der OTA eingesetzt. Erste Initiativen für die Bildung dieses neuen Berufsbildes gingen zu Beginn der 90er Jahre von Krankenhäusern in NRW aus, und zwar von Einrichtungen in Mülheim, Köln und Mönchengladbach, welche unter einem ernstzunehmenden Personalmangel im Operationssaal litten. Dass die Pilotprojekte zur Schaffung dieses neuen Berufsbildes ausgerechnet in NRW initiiert wurden ist dabei kein Zufall: Der stark wachsende Bedarf an qualifiziertem Op-Personal führte einige Jahre zuvor bereits in den Niederlanden (als Nachbarland) und der Schweiz zum Berufsbild des Operationstechnischen Assistenten (OTA). Im Jahr 1996 wurde die Ausbildung zum Operationstechnischen Assistenten dann durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) als Fachausbildung auch in Deutschland anerkannt. Die Tätigkeiten des OTA reichen von der fachkundigen Betreuung der Patienten während ihres Aufenthalts in der Operations- bzw. Funktionsabteilung, über die Assistenz vor, während und nach Operationen. Auch der Umgang mit den für die Operationen benötigten Instrumenten, Apparaten und Materialien sowie deren Wartung gehört zu den Tätigkeiten des OTA. Die Ausbildung zum OTA erfolgt 3-jährig und hat einen Umfang von mindestens 1.600 Stunden Theorie sowie weiteren (mind.) 3.000 Stunden Praxis in unterschiedlichen chirurgischen Fachgebieten sowie in den Funktionsbereichen. Die Ausbildung erfolgt an Schulen, die sich nach Vorgaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) anerkennen lassen können. Die Einführung des OTA hat den bis dorthin existierenden traditionellen Rekrutierungsweg (Zugang über die Krankenpflegeausbildung mit anschließender zweijähriger berufsbegleitender Weiterbildung; theoretische Weiterbildung mind. 720 Stunden und praktische Weiterbildung mind. 2000 Stunden)<sup>60</sup> ergänzt. Die bisherige Form der Qualifizierung von Krankenschwestern/-pfleger für den Operationsdienst wurde von den Einrichtungen als zu lang, zu kostenintensiv und letztlich auch als zu unspezifisch eingestuft. (vgl. Bals et al. 2001; Quaas Wegweiser Gesundheitsberufe 2003). Der ursprüngliche angestrebte „Billigberuf“ hat sich in den letzten Jahren aller-

---

<sup>60</sup> Diese Angaben sind entnommen dem Weiterbildungsgesetz der Alten- und Krankenpflege des Landes NRW (vgl. Schell 1995)

dings nicht nur zu einem „Ausbildungsrenner“, sondern auch zu einem qualifizierten und anspruchsvollen Ausbildungsberuf entwickelt.

**Kaufmann/-frau im Gesundheitswesen:** Im Gegensatz zur schulischen Ausbildung zum Operationstechnischen Assistenten erfolgt die Ausbildung zum Kaufmann/-frau im Gesundheitswesen bundeseinheitlich 3-jährig im Rahmen des Berufsbildungsgesetzes (BBiG). Das Berufsbild wurde erstmals im Jahr 2001 als Ausbildungsberuf angeboten. Der beschriebene Wandel der Einrichtungen des Gesundheitswesens von Sozialeinrichtungen zu wettbewerbsorientierten Dienstleistungsorganisationen hat die Wahrnehmung des Verhältnisses zwischen Ärzten, Pflegekräften und den Patienten nachhaltig verändert. Die Notwendigkeit, dass Krankenhäuser oder Altenpflegeheime sich verstärkt als Dienstleister im Wettbewerb begreifen müssen, erfordert neue Kompetenzen auch im Bereich der kaufmännischen Aufgaben. Hier setzt das Berufsbild des Kaufmanns/-frau im Gesundheitswesen an: Die Planung und Organisation von Geschäfts- und Leistungsprozessen, die Entwicklung von Dienstleistungsangeboten ebenso wie die Bereiche Qualitätsmanagement und das Marketing von Gesundheitseinrichtungen gehören zu ihren Aufgabenbereichen. Die Kaufleute im Gesundheitswesen arbeiten an den Schnittstellen zwischen den Arbeitsbereichen innerhalb der Einrichtung und zu anderen Unternehmen des Gesundheitswesens (vgl. Quaas Wegweiser Gesundheitsberufe 2003). Die Ausbildungsinhalte sind jedoch noch stark an strukturellen Fragen (Gliederung der Sozialversicherungsträger) und öffentlichen Finanzierungssystemen orientiert (Welche Finanzierungs- und Vergütungsarten im Gesundheitswesen gibt es?).

Die Vielzahl von Aus-, Fort- und Weiterbildungsberufen sowie Zusatzqualifikationen in den Gesundheitsberufen hat eine fast kaum noch zu überschaubare Fülle erreicht. Einerseits besteht zwar durchaus die Notwendigkeit, die bestehenden Berufe an die aktuellen Erfordernisse anzupassen und gegebenenfalls auch neue Berufe zu entwickeln. Andererseits besteht bei einer zu großen Fülle von beruflichen Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten in einem Berufsfeld auch die Gefahr, dass die einzelnen Berufe in ihren Inhalten und Ausrichtungen kaum noch voneinander abgrenzbar sind. An dieser Stelle wäre zu überlegen, inwiefern eine Reduzierung auf einige Kernberufe, welche dann um darauf aufbauende Qualifizierungsmodule ergänzt werden könnten, sinnvoll wäre. Ein entsprechender Ansatz könnte einerseits dazu beitragen, der „wilden Modernisierung“ im Berufsfeld „Gesundheit und Soziales“ Einhalt zu gebieten und insgesamt das System der beruflichen Bildung in den Gesundheitsberufen deutlich transparenter, durchlässiger und kohärenter zu gestalten.



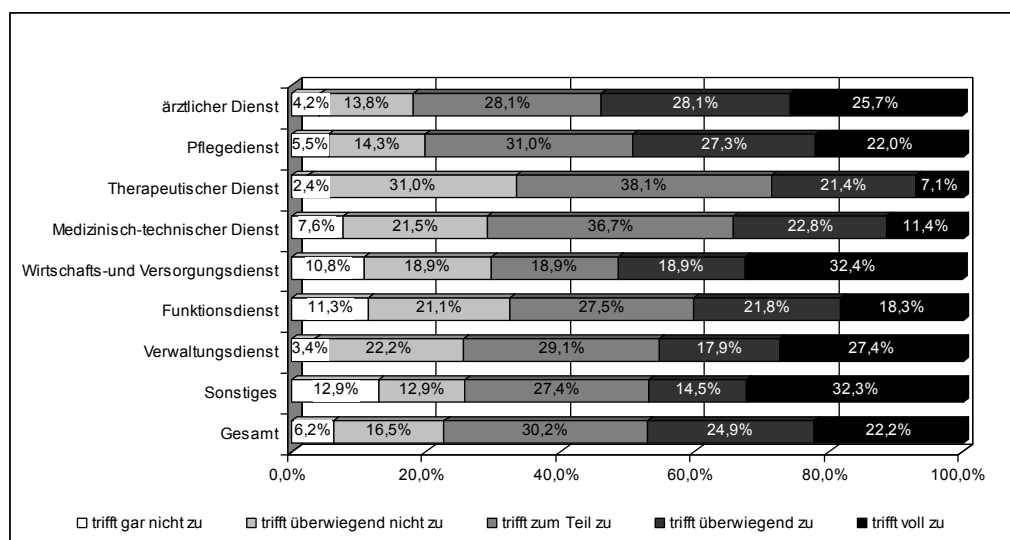
## 5.5 Zur Notwendigkeit betrieblicher Weiterbildung aus Sicht der Mitarbeiter – Krankenhäuser und stationäre Altenhilfeeinrichtungen im Vergleich

Abschließend wird noch ein Überblick darüber gegeben werden, wie die derzeitige Situation der Fort- und Weiterbildung in den Einrichtungen durch die dort beschäftigten Mitarbeiter beurteilt wird. Hier wird auf die erhobenen Daten der Mitarbeiterbefragungen im Rahmen der Benchmarking-Erhebung 2003 (siehe Kapitel 1) zurückgegriffen werden. Bei der Interpretation der Ergebnisse sollte nicht unberücksichtigt gelassen werden, dass sich die befragten Einrichtungen bereits seit geraumer Zeit an Benchmarking-Prozessen beteiligen. Die damit verbundenen Qualitätsentwicklungsprozesse spiegeln sich natürlich auch in den Ergebnissen der Befragung wider, so dass die Beurteilung der Weiterbildungssituation tendenziell positiver ausfällt als bei Einrichtungen, die entsprechende Prozesse nicht durchlaufen haben. Die Systematisierung der in der Befragung erfassten Arbeitsbereiche folgt der in den Krankenhäusern gängigen Differenzierung.

### 5.5.1 Mitarbeiterbefragung in Krankenhäusern

Die Arbeitsabläufe in den untersuchten Krankenhäusern haben sich im Laufe der letzten Jahre nach Einschätzung der befragten Mitarbeiter, wie Abbildung 28 zeigt, recht deutlich verändert.

**Abbildung 28: Mitarbeiterbeurteilung nach Arbeitsbereichen zur Veränderung der Arbeitsabläufe in Krankenhäusern 2003 (in % der befragten Mitarbeiter)**



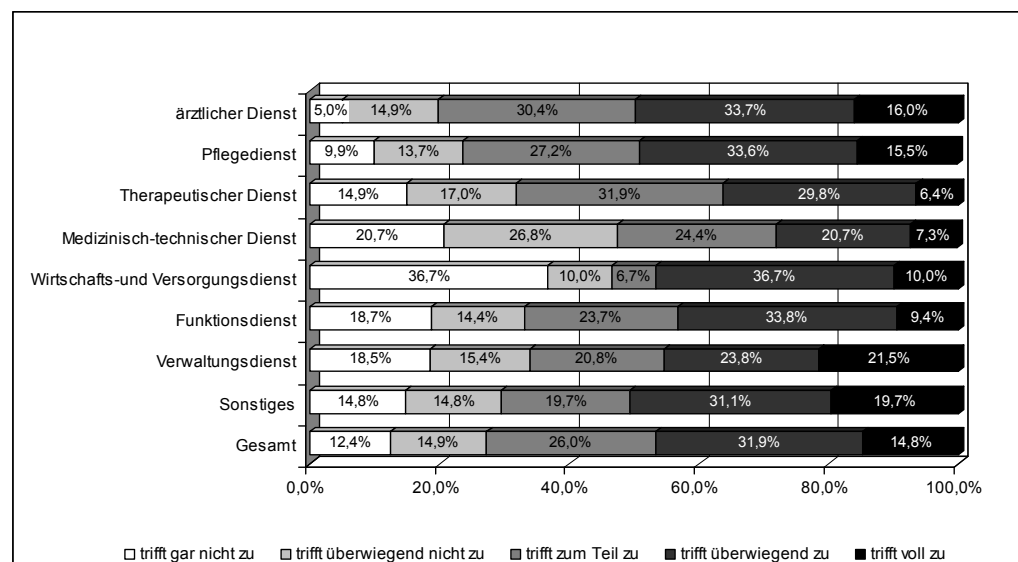
Quelle: Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft, Mitarbeiterbefragung Krankenhäuser 2003, N = 1623.

Von allen befragten Mitarbeitern gaben über drei Viertel (77,3%) an, dass die Aussage, ihre Arbeitsabläufe haben sich in der letzten Zeit verändert, „voll“ bis „zum Teil“

zutrifft. Dabei zeigen sich tendenziell Unterschiede in der Beurteilung nach den Arbeitsbereichen, in welchen die Mitarbeiter beschäftigt sind. Insgesamt 81,9 % der Mitarbeiter des ärztlichen Dienstes und 80,3 % der Beschäftigten des Pflegedienstes gaben an, dass sich ihre Arbeitsabläufe in den letzten Jahren verändert haben. Sowohl der Therapeutische Dienst (66,6 %) als auch der Medizinisch-technische Dienst (70,9 %) sowie der Funktionsdienst (67,6 %) waren in ihren Einschätzungen hingegen ein wenig zurückhaltender.

Der Prozentsatz derjenigen Mitarbeiter die konstatierten, in den letzten Jahren keine Veränderung ihrer Arbeitsabläufe festgestellt zu haben, ist sowohl bei den „Sonstigen“ (12,9 %) als auch bei den Beschäftigten des Funktionsdienstes (11,3 %) sowie beim Wirtschafts- und Versorgungsdienst (10,8 %) deutlich höher ausgeprägt. Wie zufrieden sind eigentlich die Beschäftigten mit den Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten?

**Abbildung 29: Mitarbeiterbeurteilung nach Arbeitsbereichen zur Zufriedenheit mit Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten 2003 (in % der befragten Mitarbeiter)**



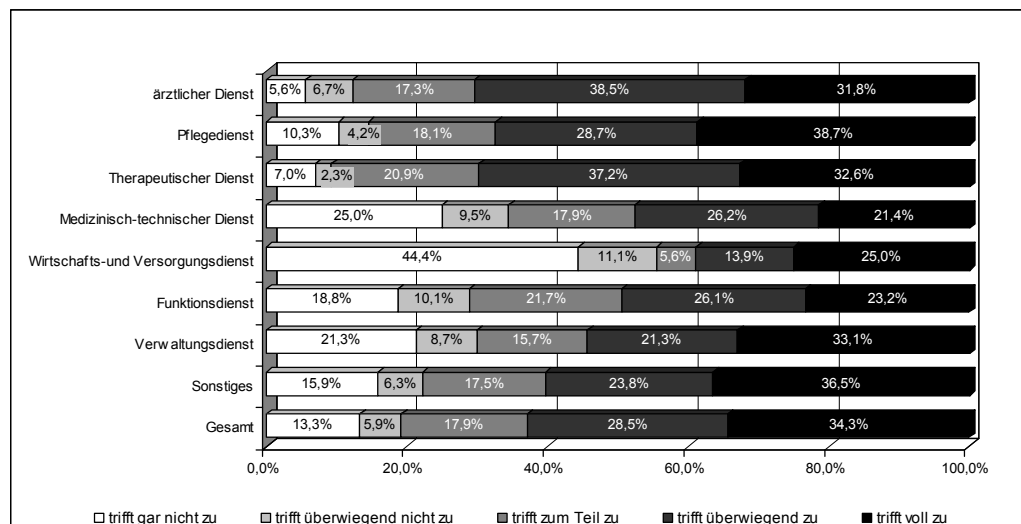
Quelle: Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft, Mitarbeiterbefragung Krankenhäuser 2003, N = 1623.

Über ein Viertel (27,3%) der Mitarbeiter in den befragten Einrichtungen gab an, dass sie mit den Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten ihrer Einrichtung „gar nicht“ oder „überwiegend nicht zufrieden“ sind (vgl. Abbildung 29). Ein Vergleich der Bewertungen entlang der Arbeitsbereiche zeigt, dass insbesondere der Medizinisch-technische (47,5 %) sowie der Wirtschafts- und Versorgungsdienst (46,7 %) mit den Weiterbildungsmöglichkeiten ihrer Einrichtungen „gar nicht zufrieden“ bzw. „überwiegend nicht zufrieden“ sind. Diese Beschäftigtengruppen waren allerdings auch deutlich stärker vom Personalabbau in den letzten Jahren betroffen als die übrigen Beschäftigtengruppen, so dass vermutet werden kann, dass die Frage der Aus- und Weiterbildung

für diese Arbeitsbereiche ein sensibles Thema im Kontext ihrer Beschäftigung darstellt. Deutlich zufriedener hingegen zeigten sich wiederum die Beschäftigten des ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes: Während 49,7 % der Ärzte angaben, mit den Weiterbildungsmöglichkeiten „voll zufrieden“ oder „überwiegend zufrieden“ zu sein, waren dies in der Pflege 49,1 %.

Die Zufriedenheit mit den Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten wird nicht zuletzt auch dadurch beeinflusst, inwieweit der/die unmittelbare Vorgesetzte den Mitarbeitern die Teilnahme an Qualifizierungsmaßnahmen ermöglicht (vgl. Abbildung 30).

**Abbildung 30: Mitarbeiterbeurteilung nach Arbeitsbereichen zur Ermöglichung der Weiterbildungsteilnahme durch den unmittelbaren Vorgesetzten 2003 (in % der befragten Mitarbeiter)**



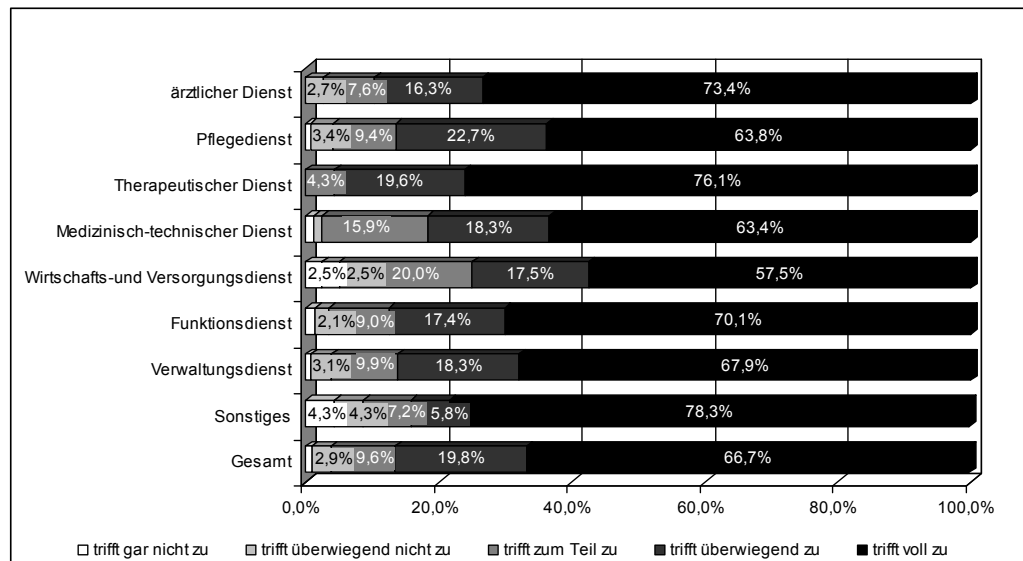
Quelle: Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft, Mitarbeiterbefragung Krankenhäuser 2003, N = 1623.

In der Summe aller befragten Einrichtungen gaben 13,3 % der Mitarbeiter an, dass die Aussage, ihr Vorgesetzter ermöglicht ihnen die regelmäßige Teilnahme an Weiterbildungs- und Qualifizierungsaktivitäten, für sie „gar nicht zutreffend“ erscheint. Dabei zeigten sich wiederum die Beschäftigtengruppen im Vergleich deutlich unzufriedener, welche auch insgesamt die Weiterbildungsmöglichkeiten negativer einstufen. 25 % der Befragten des Medizinisch-technischen Dienstes und sogar 44,4 % der Mitarbeiter im Wirtschafts- und Versorgungsdienst gaben an, dass die ihnen vorgelegte Aussage für sie „gar nicht zutreffend“ erscheint. Neben der Tatsache, dass es im Medizinisch-technischen Dienst ebenso wie im Wirtschafts- und Versorgungsdienst einerseits durch vermehrte Auslagerung und Zentralisierung von Funktionsbereichen (z.B. Outsourcing von Laborleistungen und Zusammenlegung von Krankenhaus-Apotheken) in den letzten Jahren zu einem vermehrten Personalabbau gekommen ist, ist auch fraglich wie „weiterbildungsintensiv“ diese Bereiche generell

sind und welchen Einfluss dies auf die Zufriedenheit der Beschäftigten mit den Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten hat.

Da der medizinisch-technische Fortschritt ebenso wie die Etablierung neuer Diagnose-, Rehabilitations- und Behandlungskonzepte in den nächsten Jahren verstärkt Qualifizierungsmaßnahmen notwendig werden lässt, kann davon ausgegangen werden, dass sich dieses Bild in den nächsten Jahren verändern wird. Nicht nur insgesamt deutlich zufriedener mit den Weiterbildungsmöglichkeiten, sondern auch mit dem Verhalten ihres unmittelbaren Vorgesetzten in punkto Qualifizierung präsentierten sich die Beschäftigten des ärztlichen Dienstes (31,8 %) sowie die Pflegekräfte (38,7 %) in den befragten Krankenhäusern. Hierbei handelt es sich allerdings auch um Arbeitsbereiche, die traditionell sehr „wissensintensiv“ sind, so dass tendenziell auch von den Vorgesetzten deutlich häufiger die Teilnahme an Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen ermöglicht wird. Die Notwendigkeit zur Durchführung von Qualifizierungsmaßnahmen lässt sich auch indirekt daraus ableiten, inwieweit die Beschäftigten selbst der Meinung sind, über genügend Fachwissen zur Erfüllung ihrer Kernaufgaben (vgl. Abbildung 31) und über extrafunktionales Wissen – z.B. für organisatorische Aufgaben – zu verfügen. Darauf verweist noch mal die folgende Abbildung. 73,4 % der Beschäftigten des ärztlichen Dienstes gaben an, dass sie ihrer Ansicht nach über genügend Fachwissen für die Tätigkeiten verfügen, die zu ihren Kernaufgaben gehören. Demgegenüber legten immerhin 10,4 % (!) der befragten Ärzte offen, dass sie ihr Fachwissen für unzureichend halten. Selbst wenn berücksichtigt wird, dass Ärzte aufgrund des rasanten Erkenntnisfortschritts ihrer Profession deutlich kritischer gegenüber der Aktualität ihres eigenen Wissens sind, so sind diese Zahlen trotzdem nicht weniger überraschend. Eine deutliche Differenz gegenüber den Ärzten in der Beurteilung des eigenen Fachwissens zeigt sich bei den Beschäftigten des Pflegedienstes. Hier sind es lediglich 63,8 % der Mitarbeiter, die das Gefühl besitzen, über genügend Fachwissen zu verfügen. Zudem ist bei den Pflegekräften mit insgesamt 13,5 % auch der Prozentsatz der Befragten deutlich höher, die über ein unzureichendes Fachwissen klagen. Insgesamt kann an dieser Stelle auf Basis der Selbsteinschätzung der Befragten von nicht unerheblichen Qualifizierungsdefiziten in den Kernberufen der Gesundheitswirtschaft ausgegangen werden.

**Abbildung 31: Mitarbeiterbeurteilung nach Arbeitsbereichen zum Fachwissen 2003 (in % der befragten Mitarbeiter)**



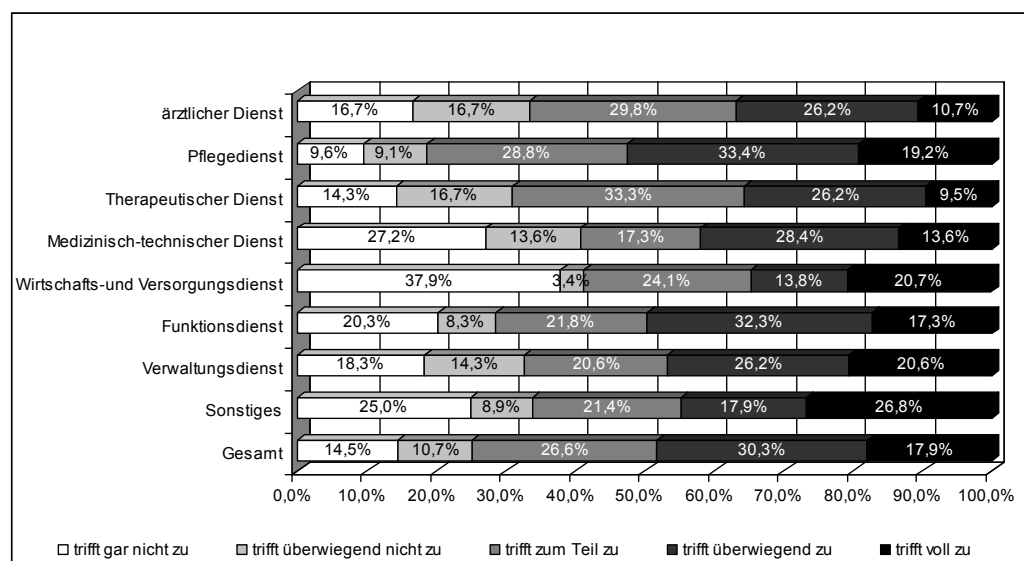
Quelle: Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft, Mitarbeiterbefragung Krankenhäuser 2003, N = 1623.

Die im Rahmen der Benchmarkingbefragung erhobene subjektive Beurteilung bezüglich des extrafunktionalen Wissens<sup>61</sup> (ohne Abbildung) zeigt eine deutlich negativere Beurteilung: Hier geben lediglich 41,6 % der befragten Mitarbeiter des ärztlichen Dienstes an, dass sie ihrer Meinung nach für andere Tätigkeiten (also nicht ihre Kern-tätigkeiten) entsprechendes extrafunktionales Fachwissen haben, im Pflegedienst waren es 38,7 % der befragten Mitarbeiter. Die Ergebnisse zur subjektiven Einschätzung bezüglich des extrafunktionalen Wissens in der Befragung haben gezeigt, dass sich anscheinend hier ebenfalls ein deutlicher Bedarf zur Qualifizierung abzeichnet. Wie reagieren nun die Einrichtungen, wenn die Mitarbeiter über fachliche Defizite klagen? Die Schulungsbereitschaft der Einrichtungen bietet kein positives Bild (vgl. Abbildung 32): Insgesamt 14,5 % der befragten Mitarbeiter geben an, dass sie bei fachlichen Defiziten nicht geschult werden. Besonders betroffen scheinen hier wiederum die Mitarbeiter des Medizinisch-technischen Dienstes (27,2 %) und des Wirtschafts- und Versorgungsdienstes (37,9 %) zu sein. Allerdings sind es in der Beschäftigtengruppe des Medizinisch-technischen Dienstes auch über 20 % der Befragten die angaben, in jedem Fall beim Auftreten fachlicher Defizite Schulungsmaßnahmen zu erhalten. Die Schulungsbereitschaft gegenüber den Mitarbeitern des Pflegedienstes scheint darüber hinaus deutlich ausgeprägter zu sein als bei den Beschäftigten des ärztlichen Dienstes. Während von den Pflegekräften immerhin 9,6 % angeben, bei fachlichen Defiziten keine Schulungen zu erhalten, sind es beiden Ärzten immerhin über 16 %. Wie schon die Ergebnisse zu der Durchführung von

<sup>61</sup> Hierzu zählen beispielsweise Kenntnisse in den Bereichen Management, Organisation oder betriebswirtschaftliche Kenntnisse.

Maßnahmen der systematischen Personalentwicklung in den Einrichtungen gezeigt haben, scheinen die Ärzte in punkto Qualifizierung und Personalentwicklung (im Vergleich der Arbeitsbereiche) bislang eine eher vernachlässigte Beschäftigtengruppe zu sein. Zusammenfassend zeigt sich, dass die beschriebenen Veränderungen der Rahmenbedingungen sich bereits deutlich in der Veränderung der Arbeitsabläufe in den befragten Krankenhäusern niedergeschlagen haben. Allerdings besteht noch ein erheblicher Nachholbedarf hinsichtlich der betrieblichen Aktivitäten im Bereich der Qualifizierung der Mitarbeiter. Immerhin jeder vierte Beschäftigte ist mit den Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten seiner Einrichtung nicht zufrieden. Gleichzeitig geben vor allem die Beschäftigten in der unmittelbaren Patientenversorgung an, über erhebliche Defizite in Bezug auf ihre fachlichen und extrafunktionalen Kompetenzen zu verfügen. Hierauf wird jedoch von betrieblicher Seite aus derzeit nur unzureichend reagiert. Dies zeigten auch die Ergebnisse zu den betrieblichen Aktivitäten der Personalentwicklung. Das Gefühl der Beschäftigten, für ihre Aufgaben nur unzureichend qualifiziert zu sein, kann auf Dauer zu einer Zunahme der psychischen Belastungen führen und in der Folge auch die Bereitschaft zum Berufsverbleib negativ beeinflussen. Darüber hinaus verweisen die Ergebnisse auch auf erhebliche Differenzen in der Beurteilung der Fort- und Weiterbildungssituation innerhalb der Personalstruktur: Während die Beschäftigten des ärztlichen Dienstes ebenso wie in der Pflege, die Qualifizierungssituation in ihrer Einrichtung noch vergleichsweise positiv beurteilen, zeigten sich die Mitarbeiter gerade jener Arbeitsbereiche die in den letzten Jahren verstärkt von Reorganisationsmaßnahmen und Personalabbau betroffen waren, in ihren Einschätzungen deutlich unzufriedener.

**Abbildung 32: Mitarbeiterbeurteilung nach Arbeitsbereichen zur Schulung bei fachlichen Defiziten 2003 (in % der befragten Mitarbeiter)**

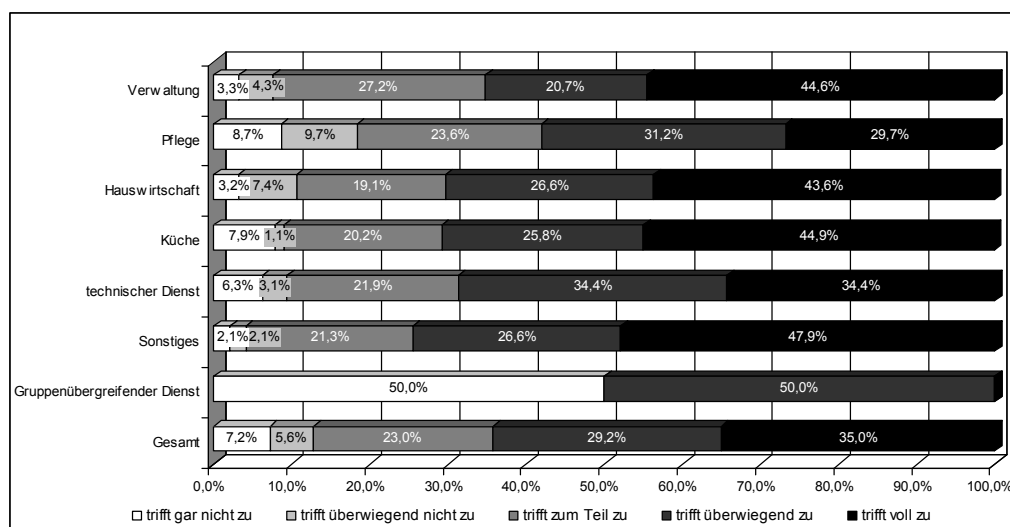


Quelle: Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft, Mitarbeiterbefragung Krankenhäuser 2003, N = 1623.

### 5.5.2 Mitarbeiterbefragung in stationären Senioreneinrichtungen

Die Auswirkungen der veränderten Rahmenbedingungen spiegeln sich ebenfalls deutlich bei der Befragung der Mitarbeiter von stationären Senioreneinrichtungen wider. In den vorangegangenen Kapiteln wurde betont, wie notwendig es für die Zukunft der Branche sein wird, neue innovative und kundenorientierte Produkte und Dienstleistungen anbieten zu können und welche Implikationen dies für die Qualifizierung der Beschäftigten mit sich bringen wird. Die folgende Abbildung 33 zeigt die Antworten der Beschäftigten in stationären Senioreneinrichtungen (in Prozent) auf die im Fragebogen vorgelegte Aussage „Unsere Einrichtung arbeitet ständig daran, ihre Dienstleistungen aktuellen Trends und Anforderungen anzupassen“. Insgesamt 35 % der Befragten gaben an, dass diese Aussage in Bezug auf ihre Einrichtung „voll zutreffend sei“. Ein relativ großer Prozentsatz der Befragten äußerte sich dennoch eher skeptisch diesbezüglich: Immerhin 35,8 % der Mitarbeiter kreuzten die Aussage „gar nicht zutreffend“ bis „nur zum Teil zutreffend“ an. Insgesamt äußerte sich rund ein Drittel der befragten Mitarbeiter dahingehend, dass von ihrer Einrichtungen bereits die Notwendigkeit erkannt wurde, die Produkte und Dienstleistungen den sich verändernden Marktanforderungen anzupassen, während ein weiteres Drittel der Befragten diese Herausforderung in ihren Einrichtungen noch nicht hinreichend umgesetzt sehen. Besonders zurückhaltend zeigen sich in ihren Einschätzung in punkto „Marktanpassung“ die Beschäftigten in der Pflege (29,7 %). Mit zunehmender Distanz zu den Kunden der Einrichtung scheint sich jedoch die Bewertung in Bezug auf die Frage nach neuen Produkten und Dienstleistungen zu verbessern.

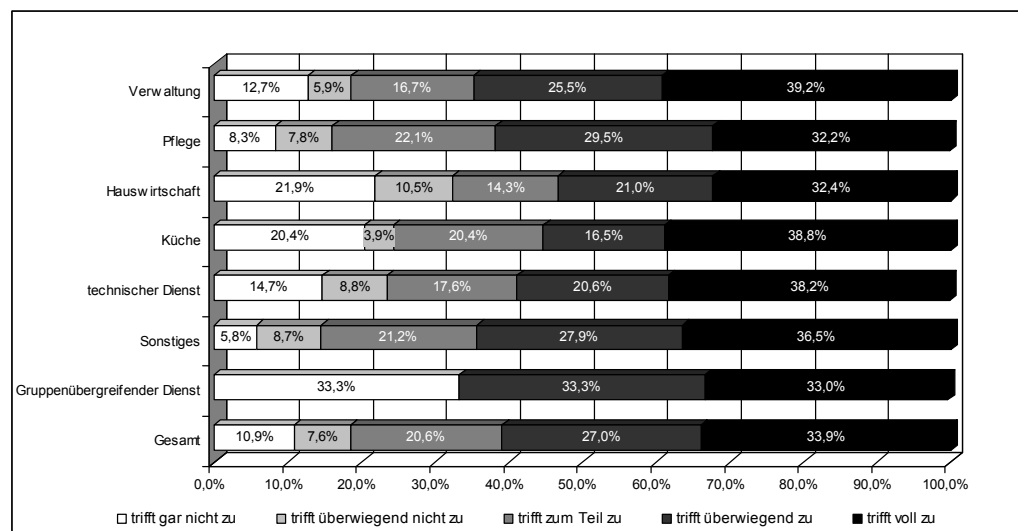
**Abbildung 33: Mitarbeiterbeurteilung nach Arbeitsbereichen zur Marktanpassung der Einrichtung 2003 (in % der befragten Mitarbeiter)**



Quelle: Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft, Mitarbeiterbefragung in stationären Senioreneinrichtungen 2003, N = 534.

Während sich beispielsweise die Mitarbeiter aus Verwaltung oder Küche nahezu in 45 % der Fälle überzeugt davon zeigten, dass ihre Einrichtung sich dem Markt mit neuen Angeboten anpasst („trifft voll zu“), scheinen die Beschäftigten in der unmittelbaren Patientenversorgung hier einen gänzlich anderen Eindruck zu haben. Insgesamt 33,9 % der befragten Mitarbeiter zeigten sich mit den Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten ihrer Einrichtung zufrieden (vgl. Abbildung 34). Hier lassen sich lediglich marginale bereichsspezifische Unterschiede feststellen. Die zufriedenste Beschäftigtengruppe bilden mit 39,2 % die Mitarbeiter der Verwaltung, gefolgt von den Beschäftigten in der Küche (38,8 %) sowie den Mitarbeitern des technischen Dienstes (38,2 %).

**Abbildung 34: Mitarbeiterbeurteilung nach Arbeitsbereichen zu guten Weiterbildungsmöglichkeiten in den Einrichtungen 2003 (in % der befragten Mitarbeiter)**

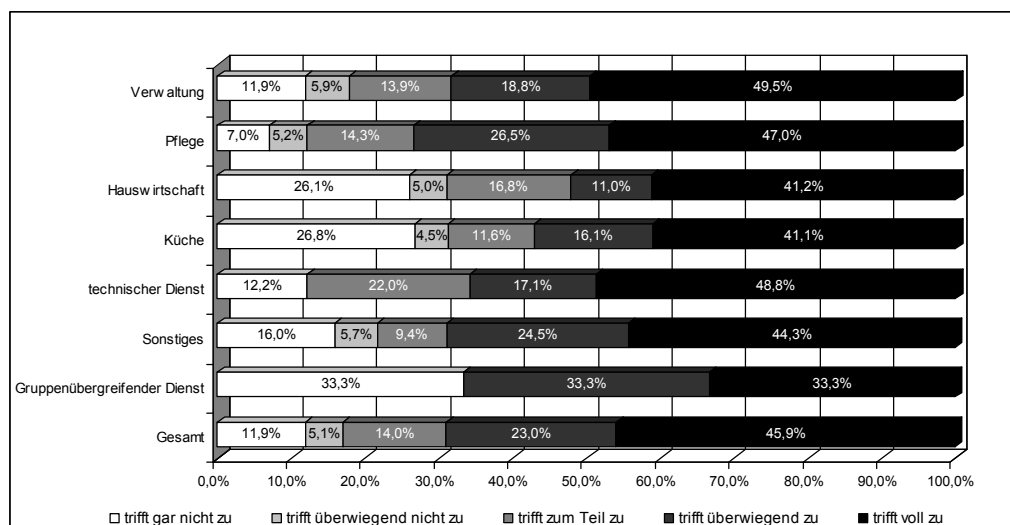


Quelle: Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft, Mitarbeiterbefragung in stationären Senioreneinrichtungen 2003, N = 534.

Leichte Differenzen bezüglich der Beurteilung der Weiterbildungsmöglichkeiten bestehen hingegen bei den Beschäftigten in der Pflege: Hier fällt mit 32,2 % der Prozentsatz der mit den Weiterbildungsmöglichkeiten zufriedenen Befragten im Vergleich geringer aus. Deutlich unzufrieden zeigten sich die Beschäftigten in den Bereichen „Hauswirtschaft“ und „Küche“. Im Rahmen der Befragung gab hier jeder vierte Mitarbeiter an, dass er der Aussage „Mit den Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten bin ich zufrieden“ gar nicht zustimmen kann.



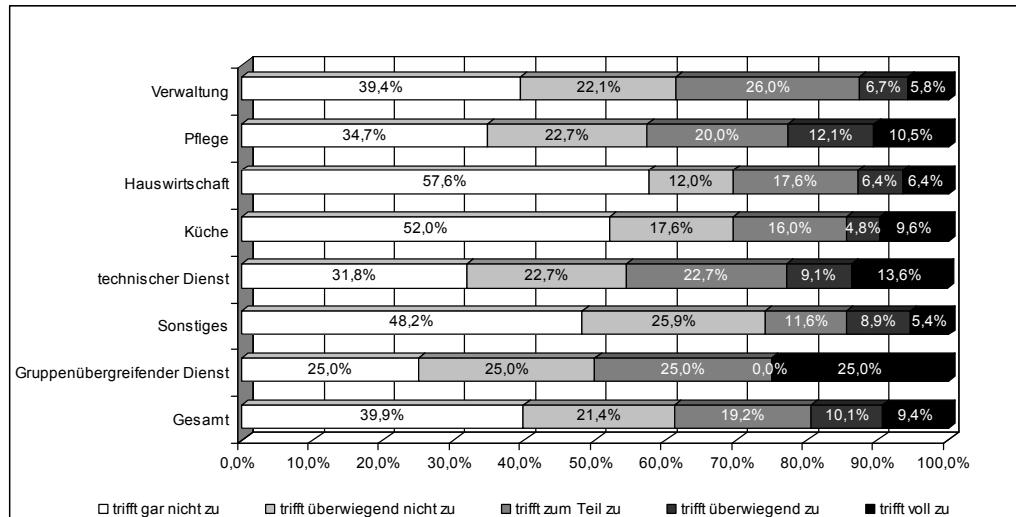
**Abbildung 35: Mitarbeiterbeurteilung nach Arbeitsbereichen zur Ermöglichung der Teilnahme an Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen durch den Vorgesetzten 2003 (in % der befragten Mitarbeiter)**



Quelle: Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft, Mitarbeiterbefragung in stationären Senioreneinrichtungen 2003, N = 534.

Im Vergleich zu den in den Krankenhäusern befragten Mitarbeitern scheinen die Beschäftigten in den stationären Senioreneinrichtungen die Ermöglichung der Weiterbildungsteilnahme durch ihren Vorgesetzten insgesamt positiver zu beurteilen (vgl. Abbildung 35). Vor allem die Mitarbeiter der Verwaltung (49,5 %) sowie die Beschäftigten des technischen Dienstes (48,8 %) und in der Pflege (47,0 %) bewerten das Verhalten ihres unmittelbaren Vorgesetzten bezüglich der Ermöglichung der Weiterbildungsteilnahme als positiv. Wie schon im Rahmen der Frage nach der Gesamtzufriedenheit mit den Weiterbildungsmöglichkeiten, sind es wiederum die Beschäftigten im Bereich „Hauswirtschaft“ (26,1 %) und „Küche“ (26,8 %) die sich mit dem Verhalten des Vorgesetzten deutlich unzufrieden zeigen. Die Frage inwieweit die Beschäftigten der Meinung sind, zur Erfüllung ihrer Aufgaben über genügend Fachwissen zu verfügen, zeichnet demgegenüber ein deutlich negativeres Bild als dies bei den befragten Beschäftigten in den Krankenhäusern der Fall war (vgl. Abbildung 36). So geben 10,5 % der Beschäftigten in der Pflege an, dass sie ihrer Meinung nach nicht über genügend Fachwissen verfügen.

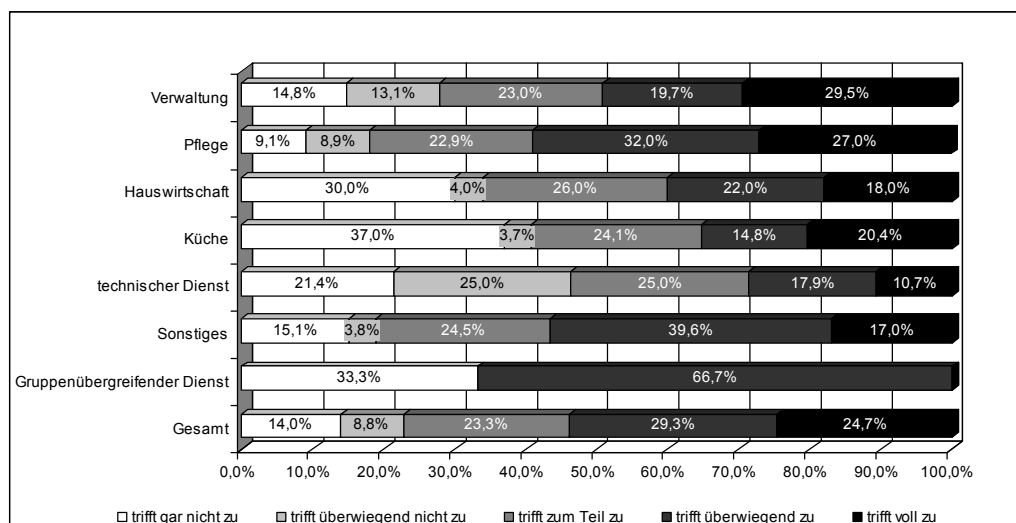
**Abbildung 36: Mitarbeiterbeurteilung nach Arbeitsbereichen zum fehlenden Fachwissen 2003 (in % der befragten Mitarbeiter)**



Quelle: Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft, Mitarbeiterbefragung in stationären Senioreneinrichtungen 2003, N = 534.

Im Gegensatz zu den bisherigen Fragen zeigen sich hier die Beschäftigten im Bereich „Hauswirtschaft“ und Küche deutlich zufriedener. Insgesamt muss die These der gravierenden Qualifizierungsdefizite in den Kernberufen der Krankenhäuser allerdings auch auf den stationären Bereich der Alteneinrichtungen ausgeweitet werden. Reagieren die Senioreneinrichtungen im Falle von fachlichen Defiziten auch mit entsprechenden Schulungen? Während in den befragten Krankenhäusern 19,2 % der Pflegekräfte angeben, bei fachlichen Defiziten geschult zu werden, sind es in den stationären Senioreneinrichtungen 27,0 % der Mitarbeiter in der Pflege (Abbildung 37).

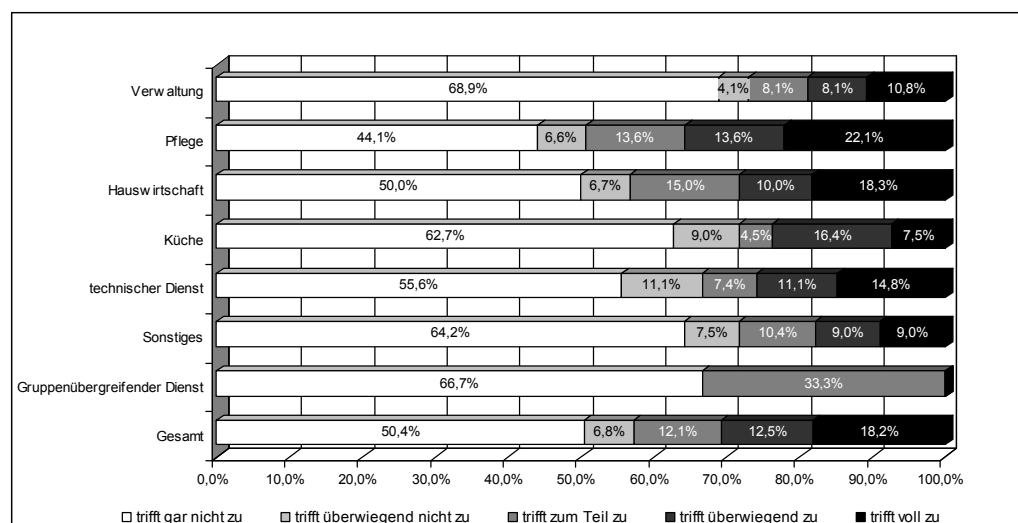
**Abbildung 37: Mitarbeiterbeurteilung nach Arbeitsbereichen zur Schulung bei fachlichen Defiziten 2003 (in % der befragten Mitarbeiter)**



Quelle: Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft, Mitarbeiterbefragung in stationären Senioreneinrichtungen 2003, N = 534.

14,8 % der in der Verwaltung beschäftigten Befragten gaben an, dass sie bei fachlichen Defiziten nicht geschult werden. Noch deutlicher sind die Angaben bei den Beschäftigten der Bereiche „Hauswirtschaft“ (30,0 %) und „Küche“ (37,0 %). Bezieht man die Antwortkategorie „trifft überwiegend nicht zu“ mit in die Auswertung ein, dann ist der „technische Dienst“ Verlierer im Kontext der Frage nach der Schulungsbereitschaft bei fachlichen Defiziten: 46,0 % der Mitarbeiter, die eine Zugehörigkeit zu diesem Arbeitsbereich angaben, sind nicht der Ansicht, dass sie bei fachlichen Defiziten geschult werden. Darüber hinaus gab rund jeder zehnte in der Pflege Beschäftigte an, dass er im Falle von fachlichen Defiziten nicht geschult wird. Insgesamt überwiegen hier jedoch die mittleren Antwortkategorien „trifft zum Teil zu“ und „trifft überwiegend zu“: Insgesamt 54,9% der Befragten antworteten mit diesen Aussagen. Die Antworten der Mitarbeiter zu der Aussage „Unsere Einrichtung hat für mich eine Qualifizierungsplanung angelegt“ (vgl. Abbildung 38) zeigen deutlich, dass Maßnahmen der individuellen Personalentwicklung, ähnlich den Krankenhäusern, in Einrichtungen der stationären Altenhilfe kaum eine Rolle spielen. Zwar finden, wie bereits erläutert, im Falle von fachlichen Defiziten Schulungsmaßnahmen statt, dabei handelt es sich jedoch keineswegs um Maßnahmen, die individuell mit den Mitarbeitern geplant werden und eine vorausschauende berufliche Entwicklung der Beschäftigten unterstützen. Die befragten Senioreneinrichtungen scheinen eher eine reaktive und korrigierende Qualifizierungsstrategie (Schulung bei fachlichen Defiziten), denn eine individuelle, proaktive und Veränderungen antizipierende Qualifizierungsplanung zu verfolgen.

**Abbildung 38: Mitarbeiterbeurteilung nach Arbeitsbereichen zur individuellen Qualifizierungsplanung 2003 (in % der befragten Mitarbeiter)**



Quelle: Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft, Mitarbeiterbefragung in stationären Senioreneinrichtungen 2003, N = 534.

Die Tatsache, dass 44,1 % der in der Pflege Beschäftigten angeben, dass die Einrichtungen in denen sie arbeiten, für sie keine individuelle Qualifizierungsplanung vorsieht, trägt nicht gerade dazu bei die Arbeit in der Altenpflege interessant zu gestalten. Die Durchführung der Qualifizierungsmaßnahmen scheint dabei stärker dem „Gießkannenprinzip“ zu folgen, als sich an modernen Maßnahmen der Personalentwicklung zu orientieren.

## 6 Fazit und Ausblick

Die Gesundheitswirtschaft ist als zukunftsweisendes Gestaltungsfeld personenbezogener Dienstleistungen in den letzten Jahren verstärkt ins Blickfeld der Dienstleistungspolitik geraten. Der Branche werden zwar hervorragende Aussichten für wirtschaftliches Wachstum und Beschäftigung sowie der Verbesserung der Lebensqualität bescheinigt. Gleichwohl werden diese positiven Erwartungen zunehmend durch den derzeit herrschenden und sich in Zukunft wahrscheinlich noch verschärfenden Fachkräfteengpass in den zentralen Berufsgruppen der Branche getrübt. Im Vergleich der Wirtschaftssektoren hat die Gesundheitswirtschaft überdurchschnittlich große Probleme, Fachkräfte für die Arbeit gewinnen zu können. In der Branche existiert bereits heute ein enormer quantitativer und qualitativer Qualifizierungsbedarf, der zum einen erst dann eingelöst werden kann, wenn sich die Rahmenbedingungen auf betrieblicher Ebene – insbesondere die unzureichenden Arbeitsbedingungen – deutlich verbessern und die berufliche Verweildauer der Beschäftigten deutlich gesteigert werden kann. Festzuhalten bleibt, dass die in der Diskussion um die Entwicklungsperspektiven personenbezogener Dienstleistungen bekannten Probleme in dem Zukunftsmarkt Gesundheitswirtschaft derzeit ihre konsequente Fortsetzung finden. Der Fachkräftemangel der Branche ist – wie diese Arbeit aufzeigen konnte – ursächlich insbesondere auf Qualifikationsdefizite der potentiellen Bewerber zurückzuführen. Im Prozess der Modernisierung der Gesundheitswirtschaft ist qualifizierte Arbeit jedoch ebenso unverzichtbar wie knapp geworden.

Der Ausbau und die Modernisierung der Gesundheitswirtschaft steht derzeit auf „Messers Schneide“: Die Veränderungen der politisch-rechtlichen, soziodemographischen und technologischen Rahmenbedingungen haben sich in den letzten Jahren mit einer enormen Dynamik und Reichweite vollzogen, welche in der Folge neue Anforderungen an die Qualifikation der Beschäftigten stellen. Die aus den wesentlichen Entwicklungstrends der Branche abgeleiteten Qualifizierungsanforderungen konnten im Rahmen der empirischen Untersuchung weitestgehend bestätigt werden. Lediglich auf die Internationalisierung und die Entwicklung neuer Produkte scheint sich die Gesundheitswirtschaft in ihrem Kernbereich bislang nur bedingt eingestellt zu haben. Das Konzept der Interaktionsarbeit verdeutlicht wie sehr Dienstleistungsqualität, die Qualität der Dienstleistungsarbeit und Arbeitsqualität miteinander verwoben sind und welche herausragende Rolle des Weiteren die Qualifikation und Kompetenzen der Beschäftigten spielen. Der Schlüssel zur Entwicklung der Branche liegt nicht zuletzt in der Konzeption und Bereitstellung kundenorientierter Dienstleistungen und der Entwicklung neuer Märkte. Dies stellt die Innovationsfähigkeit und somit die

Qualifikation und das Wissen der Beschäftigten vor neue Herausforderungen, jenseits der traditionellen fachlichen Qualifizierung. Die Zukunft der Gesundheitswirtschaft wird allerdings nicht nur über das frühzeitige Erkennen neuer Qualifizierungsinhalte, sondern eben auch über die Fähigkeit des Systems der beruflichen Bildung zur Modernisierung entschieden werden. Die originäre Funktion beruflicher Bildung besteht – wie dargestellt wurde – darin, die notwendigen Qualifikationen für den Beruf zu vermitteln und dadurch auch die Innovationsfähigkeit der Betriebe und Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft zu stärken. Die berufliche Bildung in den zentralen Berufen der Gesundheitswirtschaft präsentiert sich insgesamt alles andere als „auf Zukunft programmiert“: Die Situation der Aus- und Weiterbildung im Gesundheitssektor zeichnet ein deutliches Bild der Fragmentierung, Regionalisierung und Intransparenz. Bildungskarrieren gerade in den Kernberufen der Kranken- und Altenpflege enden nicht selten in einer (betrieblichen) „Sackgasse“, da es derzeit vor allem an anschlussfähigen Qualifizierungsangeboten mangelt. So lässt sich beispielsweise bis heute an die Krankenpflegeausbildung ein Studium in diesem Bereich nicht anschließen, sofern nicht vor der Ausbildung der Zugang zur Hoch- bzw. Fachhochschulreife erworben wurde. Die derzeitige Situation der beruflichen Bildung in den Gesundheitsberufen präsentiert sich geradezu konträr zu den idealtypisch formulierten Anforderungen an ein kohärentes System „Lebenslangen Lernens“. Insbesondere die Diskussionen um die Professionalisierung der Ausbildung durch ihre Akademisierung, haben den Blick auf die grundlegende Notwendigkeit einer Modernisierung der beruflichen Bildung in den letzten Jahren versperrt. Während die einschlägigen Debatten insbesondere der Berufsverbände auf die Überwindung der ärztlichen Dominanz durch die Akademisierung der Pflegeausbildung zielten, wurden betriebliche Professionalisierungsstrategien im Sinne einer konsequenten Verzahnung von Arbeit und Lernen kaum berücksichtigt. Wie in dieser Arbeit herausgearbeitet werden konnte, erschöpft sich die Professionalisierung der Gesundheitsberufe jedoch nicht nur in einer Stärkung der Hochschulausbildung. Die Orientierung der Einrichtungen an ihren Leistungsprozessen erfordert auch ein Umdenken in der Professionalisierungsdiskussion und eine neue Kooperationskultur der Beschäftigten jenseits tradierter „Herrschaftsfelder“. Nicht nur Fachwissen, sondern insbesondere auch die Team-, Kooperations- und Kommunikationsfähigkeit, also die sog. „*soft skills*“, werden von Seiten der Betriebe im Prozess der Modernisierung verstärkt eingefordert.

Aufgabe einer zukunftsorientierten Qualifizierungsstrategie in der Gesundheitswirtschaft muss es sein, *zwei komplementäre Strategien* zu verfolgen: Zum einen muss die Berufsbildungspolitik auf die veränderten Qualifikationsanforderungen durch die Entwicklung neuer Qualifikationsprofile reagieren. Zwar sind in den letzten zehn Jahren –

wenn auch eher zögerlich – neue Berufe und „Tätigkeiten an der Schwelle zur Beruflichkeit“ im Bereich der personen- und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen der Gesundheitswirtschaft entstanden. Die Schaffung neuer Berufe kann zwar als notwendige, längst jedoch nicht als hinreichende Bedingung zur Modernisierung und zum Ausbau der Gesundheitswirtschaft interpretiert werden. Vielmehr ist erforderlich, dass *System der Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen deutlich transparenter und anschlussfähiger als dies bislang der Fall ist, zu gestalten*. Bisher fehlt es jedoch noch an weitergehenden systematischen Untersuchungen zum Weiterbildungssektor in der Gesundheitswirtschaft. Dies gestaltet sich nicht zuletzt aufgrund der Tatsache schwierig, dass viele Anbieter nach relativ kurzer Zeit sich wieder vom Markt zurückziehen. Zudem muss die *Entwicklung und Durchführung eines kontinuierlichen Ausbildungs-, Arbeitsmarkts- und Qualifizierungsmonitorings in der Gesundheitswirtschaft auf regionaler und überregionaler Ebene* forciert werden. Es mangelt vielfach noch an Informationen darüber, welche Ausbildungs- und Arbeitsmarktpotenziale in der Gesundheitswirtschaft vorhanden sind. Da wie beschrieben wurde, die Einrichtungen durch die Umstellung der Ausbildungsfinanzierung im Zuge der Einführung der DRGs verstärkt unter Druck geraten sind, könnten an dieser Stelle *regionale Ausbildungsallianzen* für die Gesundheitswirtschaft sowohl den Austausch der Einrichtungen und Weiterbildungsträger untereinander stärken als auch die Entwicklung innovativer Qualifizierungsprojekte unterstützen. Einrichtungsübergreifende „*Qualifizierungspools*“ könnten darüber hinaus dazu beitragen, dass die Einrichtungen Kostenvorteile bei der Qualifizierung ihrer Mitarbeiter realisieren könnten.

Zusätzlich zu der Stärkung des regionalen Qualifizierungsengagements und der Modernisierung der beruflichen Bildung wird es zukünftig auch notwendig sein, die *betrieblichen Qualifizierungsaktivitäten in der Gesundheitswirtschaft nachhaltig zu stärken*. Wie die empirischen Ergebnisse aufgezeigt haben, sind die Qualifizierungsaktivitäten der Betriebe der Gesundheitswirtschaft nur in den seltensten Fällen an eine systematische Personalentwicklung in den Einrichtungen gekoppelt. Dies zeigt sich auch an der gängigen Praxis, Fort- und Weiterbildungsentscheidungen in erster Linie auf Anfragen der Mitarbeiter oder fallweise bei akut auftretendem Bedarf durchzuführen. Sowohl hinsichtlich der Arbeitsbereiche als auch der unterschiedlichen Branchen im Kernbereich der Gesundheitswirtschaft lassen sich deutliche Unterschiede in der Personalentwicklungspraxis feststellen: Insbesondere für die Ärzte in Krankenhäusern und die Beschäftigten in stationären Senioreneinrichtungen werden kaum individuelle Qualifizierungsplanungen vorgehalten. Dieses Ergebnis ist umso erschreckender da aufgezeigt werden konnte, dass die Kernberufe der Gesundheitswirtschaft über unzureichendes Fachwissen in ihren Arbeitsbereichen

klagen. Für die Zukunft der Gesundheitswirtschaft wird es somit notwendig sein, *Konzepte der systematischen Personalentwicklung* für die Gesundheitsberufe zu entwickeln und diese in den Einrichtungen zu verankern und mit *neuen Ansätzen der Arbeitsorganisation* zu verknüpfen. Dies bedeutet auch, die Beschäftigten im Vorfeld in den Einrichtungen dahingehend zu qualifizieren, dass sie eigenständig *Qualifizierungsbedarfsanalysen* durchführen können um somit eine optimale Anpassung der Qualifizierungsprofile sicherstellen zu können. „Best practise“-Ansätze der Qualifizierung und Personalentwicklung können in Zusammenarbeit mit Einrichtungen auch aus anderen Branchen im Rahmen eines regional und überregional organisierten Austauschs identifiziert, erprobt und in den Einrichtungen verankert werden. Der akute Fachkräftemangel der Branche kann zudem dadurch gemildert werden, dass zusätzlich *neue Arbeitsmarktgruppen* (z.B. Migranten/-innen, ältere Arbeitnehmer; gering Qualifizierte) für die Arbeit in der Gesundheitswirtschaft *qualifiziert* werden. Hier liegt nicht zuletzt auch der Schlüssel für die weitergehende Professionalisierung insbesondere der Kranken- und Altenpflege: Durch Arbeitsablaufsanalysen können jene Tätigkeiten in den Einrichtungen identifiziert werden, welche auch durch gering qualifizierte Arbeitskräfte ausgeübt werden können. Voraussetzung ist hier jedoch ein funktionierendes System der Aus- und Weiterbildung sowie eine gezielte Personalentwicklung in den Einrichtungen, damit die Beschäftigten die Möglichkeiten erhalten, sich durch Qualifizierungsmaßnahmen beruflich weiterzuentwickeln. Die Qualifizierung von Migranten/-innen ist insbesondere vor dem geschilderten Hintergrund der Internationalisierung der Branche eine viel versprechende und auch notwendige Zukunftsaufgabe. Festzuhalten bleibt: Die Modernisierung der beruflichen Bildung in der Gesundheitswirtschaft einerseits und deren Ergänzung durch den Ausbau betrieblicher Qualifizierungs- und Personalentwicklungsmaßnahmen andererseits, sind die wesentlichen Entwicklungsparameter der großen Hoffnung Gesundheitswirtschaft. Sie leisten darüber hinaus einen wesentlichen Beitrag zur Professionalisierung personenbezogener Dienstleistungen allgemein und der Gesundheitsberufe im Besonderen.

Zum Schluss noch ein kurzer Hinweis: Von entscheidender Bedeutung für die Entwicklung der Gesundheitswirtschaft wird es auch sein, die Arbeitsbedingungen gerade im Kernbereich der ambulanten und stationären Versorgung deutlich zu verbessern. Informations- und Imagekampagnen reichen hier kaum aus: Die Beschäftigung in der Branche muss zukünftig durch die *Verbindung von modernen Arbeitszeit-, Arbeitsorganisations- und Personalentwicklungskonzepten* deutlich entlastender als bisher gestaltet werden. Die vorliegende Arbeit hat auch aufzeigen können dass, wie in keinem anderen Bereich, in den personenbezogenen Dienstleistungen der Gesundheitswirtschaft Frauen und ihre berufliche Tätigkeit im Zentrum stehen. Für die



Zukunft bedeutet dies, den Ausbau der Gesundheitswirtschaft im Rahmen einer aktivierenden Dienstleistungspolitik stärker auch mit Blick für die spezifische Lebens- und Arbeitssituation von Frauen voranzutreiben. Dies fängt bei der Einrichtung von Kinderbetreuungsmöglichkeiten an, reicht über die Konzeption beruflicher Wiedereinstiegsprogramme nach der Familienphase bis hin zu neuen Konzepten der sozialen Sicherung für Frauen. Der Sprung der Gesundheitswirtschaft von „Messers Schneide“ wird schließlich nicht nur dadurch gelingen, dass qualifiziertes Personal generell zur Verfügung steht, sondern dass dieses auch gerne und möglichst lange in der Branche beschäftigt sein möchte.

## 7 Literaturverzeichnis

- Abbott, A. (1988): *The System of the Professions. An Essay on the Divison of Expert Labour*. University of Chicago Press, London.
- Abicht, L./Baldin, K.-M./Freikamp, H. (2002): *Trendqualifikationen im Bereich des Gesundheitswesens. Branchenbericht zum Projekt „Trendqualifikationen als Basis zur Früherkennung von Qualifikationsentwicklungen“*. Studie des isw Halle-Leipzig e.V., gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung.
- Ahsen, H.-B. von/Grashoff, D. (2003): *Der Zusammenschluss kommunaler Krankenhäuser in einer gemeinnützigen GmbH*. In: *das Krankenhaus* 5/2003; S. 369-374.
- Arnold, M./Klauber, J./Schellschmidt, H. (Hg.) (2001): *Krankenhaus-Report 2001. Schwerpunkt Personal*. Schattauer GmbH, Stuttgart.
- Badelt, C. (1994): *Soziale Dienstleistungen zwischen wachsenden Ansprüchen und finanziellen Engpässen*. In: Karsten, M.-E. (Hg.): *Dienstleistungsgesellschaft: Herausforderungen, Trends und Perspektiven*. Lüneburger Universitätsschriften (6). Lüneburg, S.18-28.
- Badura, B. (1995): *Gesundheitsdienstleistungen im Wandel*. In: Bullinger, H.-J. (Hg.): *Dienstleistungen der Zukunft. Märkte, Unternehmen und Infrastruktur im Wandel*. Gabler Verlag, Wiesbaden, S. 183-190.
- Badura, B./Schellschmidt, H./Vetter, C. (2004): *Fehlzeiten-Report 2003. Wettbewerbsfaktor Work-Life-Balance. Betriebliche Strategien zur Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Privatleben. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*. Springer-Verlag, Berlin.
- Baethge, M. (2001): *Qualifikationsentwicklung im Dienstleistungssektor*. In: Baethge, M./Wilkens, I. (Hg.): *Die große Hoffnung für das 21. Jahrhundert?* Leske & Budrich, Opladen, S. 85-107.
- Baethge, M./Baethge-Kinsky, V. (1998): *Jenseits von Beruf und Beruflichkeit? - Neue Formen von Arbeitsorganisation und Beschäftigung und ihre Bedeutung für eine zentrale Kategorie gesellschaftlicher Integration*. In: *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* 3/1998, S.461-473.
- Baethge, M./Baethge-Kinsky, V. (1995): *Die Entwicklung von Qualifikationsstruktur und qualitativem Arbeitsvermögen*. In: Arnold, R./Lipsmeier, A. (Hg.): *Handbuch der Berufsbildung*. Leske & Budrich, Opladen, S. 142-152.

- Bals, T. (2002): Innovative Gesundheitsberufe – neue Tätigkeitsfelder und Berufsbilder im Gesundheitswesen. In: Gesundheitswirtschaft: Zukunft der Gesundheitsberufe – Herausforderungen und Strategien. Tagungsdokumentation der OstWestfalenLippe Marketing AG und des Zentrums für Innovation in der Gesundheitswirtschaft (ZIG) vom 13. November 2002, Bad Oeynhausen, S. 18-30.
- Bandemer, S. von/Born, A./Hilbert, J. (2002): Arbeit im Dienstleistungssektor - Arbeitsorganisation, Mitarbeiterzufriedenheit und Kundenorientierung. In: Brödner, P./Knuth, M. (Hg.): Nachhaltige Arbeitsgestaltung. Trendreports zur Entwicklung und Nutzung von Humanressourcen. Rainer Hampp Verlag, München und Mering 2002, S. 379-429.
- Bandemer, S. von/Hilbert, J. (2003): Moderne Arbeit in Medizin und Pflege. In: Institut Arbeit und Technik (Hg.): Jahrbuch 2002/2003, Gelsenkirchen, S.117-128.
- Bandemer, S. von/Born, A./Middendorf, A.S./Scharfenorth, K. (2001): Schlussbericht für das BMBF geförderte Project "Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft.
- Bandemer, S. von/Hilbert, J./Schulz, E. (1998): Zukunftsbranche Gesundheit und Soziales? Szenarien und Ansatzpunkte der Beschäftigungsentwicklung bei gesundheitsbezogenen und sozialen Diensten. In: Bosch, G. (Hg.): Zukunft der Erwerbsarbeit. Strategien für Arbeit und Umwelt. Campus Verlag, Frankfurt/New York 1998, S. 412-434.
- Barkholdt, C./Frerichs, F./Hilbert, J./Naegle, G./Scharfenorth, K. (1999): Das Altern der Gesellschaft und neue Dienstleistungen für Ältere. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt und Berufsforschung, 32. Jg., Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart; Berlin; Köln; Mainz.
- Bartens, W. (2001): Körper auf Messers Schneide. In: DIE ZEIT vom 27. Dezember 2001, S. 28.
- Bartlett, W./Propper, C./Wilson, D./Le Grand, J. (1994): Quasi-Markets in the Welfare State. School of Advanced Urban Studies, Bristol.
- Bärwald, H./Freikamp, A.(2003): Früherkennung von Qualifikationserfordernissen. In: Sozialwissenschaften und Berufspraxis 26. Jg. Heft 4/2003, S. 381-392.
- Bauer, R. (2001): Personenbezogene soziale Dienstleistungen. Begriff, Qualität und Zukunft. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden.
- Baumol, W.J. (1967): Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of urban Crisis. In: American Economic Review 57, S. 416-426.
- Beck, U./Brater, M. (1978): Berufliche Arbeitsteilung und soziale Ungleichheit. Campus Verlag, Frankfurt/Main.

- Becker, G. (1975): Human Capital. A Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education. University of Chicago Press.
- Becker, W. (2002 [a]): Pflegeausbildung – Quo vadis? In: Meyer, G./Lutterbeck, J. (Hg.): Pflegebildung – Quo vadis? Beiträge zur 10. Werkstatt für die Pflege am 4. Juli 2001, Fachtagung der Pflegepädagogik. Fachbuch Richter GmbH, Münster 2002, S. 11-31.
- Becker, W. (2002 [b]): Gesundheits- und Sozialberufe – wissen wir genug um über berufliche Reformen reden zu können? In: Becker, W./Meifort, B. (Hg.): Gesundheitsberufe: Alles „Pflege“ – oder was? Personenbezogene Dienstleistungsberufe - Qualifikationsentwicklungen, Strukturveränderungen, Paradigmenwechsel. Bertelsmann- Verlag, Bielefeld 2002, S. 9-42.
- Becker, W. (2002 [c]): Berufswege im Berufsfeld Gesundheit und Soziales: Taugt Weiterbildung als Element beruflicher Entwicklungsplanung. In: Bundesinstitut für Berufsbildung (BiBB) (Hg.): Berufsbildung und Qualifikationstrends im personenbezogenen Dienstleistungssektor. Bestandsaufnahmen und Konzepte für Aus- und Weiterbildung. Wissenschaftliches Diskussionspapier des Bundesinstituts für Berufsbildung, Nr. 61, Bonn 2002, S. 5-54.
- Becker, W. (2002 [d]): Leitdifferenzen beruflicher Praxis im Gesundheits- und Sozialwesen: Berufliche Arbeitsteilungen und Zuständigkeiten im Kontext aktueller Regelungen und zukünftiger Entwicklungsoptionen, Manuskript.
- Becker, W./Herdt, U. (2000): Eckpunkte zur Aus- und Weiterbildung für personenbezogene Dienstleistungsberufe. Diskussionspapier der Gewerkschaft Wissenschaft und Erziehung (GEW).
- Becker, W./Meifort, B. (1998): Altenpflege – Abschied vom Lebensberuf. Dokumentation einer Längsschnittuntersuchung zu Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften. Bundesinstitut für Berufsbildung (BiBB). Bertelsmann-Verlag, Bielefeld.
- Becker, W./Meifort, B. (1997): Altenpflege – eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben? Dokumentation einer Längsschnittuntersuchung zur Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften. Bertelsmann-Verlag, Bielefeld.
- Bell, D. (1985): Die nachindustrielle Gesellschaft. Reihe Campus Band 1001, Frankfurt am Main/New York.
- Berger, J. u.a. (2000): DAK-BGW Krankenpflegereport 2000. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der Bundesrepublik, Berlin/Hamburg.
- Berger, J. u.a. (2001): BGW-DAK Gesundheitsreport 2001 Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege, Berlin/Hamburg.

- Berger, J./Offe, C. (1984): Die Entwicklungsdynamik des Dienstleistungssektors. In: Offe, C. (Hg.): „Arbeitsgesellschaft“: Strukturprobleme und Zukunftsperspektiven. Campus Verlag, Frankfurt/Main; New York, S. 229-271.
- Bergmann-Tyacke, I. (2001): Pflegeberuflich Bildung im Kontext der Entwicklungen in Europa. In: Sieger, M. (Hg.) (2001): Pflegepädagogik. Handbuch zur pflegeberuflichen Bildung. Verlag Hans Huber, Bern, S. 15-23.
- Bermejo, I./Muthny, F.A. (1994): „Bournout“ und Bedarf an psychosozialer Fortbildung und Supervision in der Altenpflege. Lit-Verlag Münster, Hamburg.
- Beske, F./Hallauer, J.F. (2001): Das Gesundheitswesen in Deutschland: Struktur – Leistungen – Weiterentwicklung. 3. völlig neu bearbeitete Auflage, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.
- Beyer, L./Brandel, R./Esch, K./Hilbert, J./Langer, D./Micheel, B./Middendorf, A. S. (2003): Dienstleistungen für mehr Lebensqualität. Trends, Gestaltungsfelder, Beschäftigungsperspektiven. Graue Reihe des Instituts Arbeit und Technik 2003-03, Gelsenkirchen.
- Beyer, L./Hilbert, J./Micheel, B. (1998): Herausforderung Dienstleistungspolitik: Strukturentwicklungen und Gestaltungspotentiale im tertiären Sektor. In: Bosch, G. (Hg.): Zukunft der Erwerbsarbeit: Strategien für Arbeit und Umwelt. Campus-Verlag, Frankfurt, S. 391-411.
- BIBB (Bundesinstitut für Berufsbildung) (2002): Berufsbildung für eine globale Gesellschaft. Perspektiven im 21. Jahrhundert. In: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis (BWP) 5/2002.
- Blum, K. (2003): Pflegefremde und patientenferne Tätigkeiten im Pflegedienst der Krankenhäuser – Bestandsaufnahme und Verbesserungsvorschläge. Deutsche Krankenhausverlagsgesellschaft mbH.
- Blum, K./Offermanns, M. (2003): Auf dem Weg zum gläsernen Krankenhaus. Qualitätsberichte werden Pflicht – Eine Bestandsaufnahme. In: Krankenhaus Umschau (ku) 7/2003, S. 607-610.
- BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (Hg.) (2003): Berufsbildungsbericht 2003.
- Böcken, J./Butzlaff, M./Esche, A. (2000): Reformen im Gesundheitswesen: Ergebnisse einer internationalen Recherche, Gütersloh.
- Born, A./Reichert, A. (2003): Einkommen und Ausgaben älterer Menschen in Nordrhein-Westfalen. Ergebnisse der Repräsentativumfrage. Studie im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein Westfalen, Düsseldorf.

- Bosch, G./Hennicke, P./Hilbert, J./Kristof, K./Scherhorn, G. (2002): Die Zukunft von Dienstleistungen. Ihre Auswirkungen auf Arbeit, Umwelt und Lebensqualität. Campus-Verlag, Frankfurt/New York.
- Bosch, G./Wagner, A. (2003): "Beschäftigungshoffnung Dienstleistungen" braucht politische Begleitung: Neue Arbeitsplätze entstehen nicht im Selbstlauf. Internet-Dokument des Instituts Arbeit und Technik, IAT-Report 2003-04, Gelsenkirchen.
- Bosch, G./Wagner, A. (2002): Nachhaltige Dienstleistungspolitik. In: Bosch, G./Hennicke, P./Hilbert, J./Kristof, K./Scherhorn, G. (Hg.): Die Zukunft von Dienstleistungen: ihre Auswirkung auf Arbeit, Umwelt und Lebensqualität. Campus-Verlag Frankfurt, S. 482-512.
- Bosch, G./Wagner, A. (2002 a): Dienstleistungsbeschäftigung in Europa: ein Ländervergleich. In: Bosch, G./Hennicke, P./Hilbert, J./Kristof, K./Scherhorn, G. (Hg.): Die Zukunft von Dienstleistungen: ihre Auswirkung auf Arbeit, Umwelt und Lebensqualität. Frankfurt: Campus-Verl., S. 41-62.
- Brendel, S./Dielmann, G. (2000): Zur Reform der Ausbildung in den Pflegeberufen. Standortbestimmung im Bildungssystem und Perspektiven. In: Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik 1/2000, S. 79-101.
- Breyer, F./Grabka, M./Jacobs, K./Meinhardt, V. et al. (2001): Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen. Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der Europäischen Union. Endbericht des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin.
- Brose, B. (2003): Strukturbildung zum Lebenslangen Lernen – Trendbeobachtung und Frühermittlung von Qualifizierungsbedarfen in der Gesundheitswirtschaft. 2. Delphi-Bericht, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften.
- Bullinger, H.-J. (Hg.) (1997): Dienstleistungen für das 21. Jahrhundert: Gestaltung des Wandels und Aufbruch in die Zukunft. Schäffer-Poeschel, Stuttgart.
- Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil I Nr. 36, ausgegeben zu Bonn am 21. Juli 2003.
- Bundesinstitut für Berufsbildung (Hg.) (2003): Berufsausbildung in der Altenpflege. Leitfaden für die praktische Ausbildung. Bertelsmann Verlag, Bielefeld.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hg.) (2002): Berufsbildungsbericht 2002.
- Bund-Länder-AG Telematik im Gesundheitswesen (2002): Bericht an die 75. Gesundheitsministerkonferenz, Düsseldorf.

- Bündnis für Arbeit, Ausbildung und Wettbewerbsfähigkeit (1999): Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Aus- und Weiterbildung“. Presse- und Informationsamt der Bundesregierung.
- Büssing, A. (1999): Editorial zum Themenheft „Personenbezogene Dienstleistungen“ – Arbeit der Zukunft. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaften 3/99, S. 161-163.
- Büssing, A./Glaser, J. (2003): Interaktionsarbeit in der personenbezogenen Dienstleistung. In: Büssing, A./Glaser, J. (Hg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Schriftenreihe Organisation und Medizin, Hogrefe Verlag Göttingen, S. 131-149.
- Büssing, A./Glaser, J. (2003 [a]): Arbeitsbelastungen, Burnout und Interaktionsstress im Zuge der Reorganisation des Pflegesystems. In: Büssing, A./Glaser, J. (Hg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Hogrefe Verlag 2003, S. 101-129.
- Care Konkret (2003): Zeitung für Entscheider in Pflege und Verwaltung, 6. Jg., Nr. 43, 2003.
- Cornetz, W./Schäfer, H. (1998): Dienstleistungsdefizit in der Bundesrepublik Deutschland? In: Cornetz, W. (Hg.): Chancen durch Dienstleistungen. Gabler Verlag, Wiesbaden S.37-77.
- Dahlbeck, E./Fretschner, R./Hilbert, J./Potratz, W. (2004): Gesundheitswirtschaft in Dortmund: Bestandsaufnahme und Perspektiven. Expertise im Auftrag der Wirtschafts- und Beschäftigungsförderung Dortmund. Manuskript, Gelsenkirchen.
- Dahlgaard, K./Straatmeyer, P. (2003): Kooperationsanforderungen an Pflege und Medizin im Krankenhaus der Zukunft. In: das Krankenhaus 2/2003, S. 131-139.
- Dahme, H.-J./Wohlfahrt, N. (2000): Auf dem Weg zu einer neuen Ordnungsstruktur im Sozial- und Gesundheitssektor. Zur politischen Inszenierung von Wettbewerb und Vernetzung. In: Neue Praxis, 30.Jg. H.4, S. 317-334.
- Delaunay, J. C./Gadrey, J. (1992): Services in Economic Thought. Three Centuries of Debate. Kluwer Academic Publishers, Massachusetts.
- Deloitte & Touche (2002): Der deutsche Fitness & Wellness. Markt in Jahr 2005, Düsseldorf.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2003): Zahlen – Daten – Fakten. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (2000): Bildungskonzept Pflege 2000, Berlin.
- Deutscher Bundestag (1999): Drucksache 14/8800.

- Dip (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.) (2002): Pflege-Thermometer 2002. Frühjahrsbefragung zur Lage und Entwicklung des Pflegepersonalwesens in Deutschland.
- DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) (2003): Zahlen – Daten – Fakten. Düsseldorf, Berlin.
- DKI (Deutsches Krankenhaus Institut) (2003): Krankenhaus Barometer. Herbstumfrage 2002.
- Dobischat, R. (1997): Berufsperspektiven in der Dienstleistungsgesellschaft – Herausforderung für die Berufsbildung. In: Weiss, R. (Hg.): Aus- und Weiterbildung für die Dienstleistungsgesellschaft. Deutscher Instituts Verlag, Köln, S. 100-120.
- Döhler, M. (1997): Die Regulierung von Professionsgrenzen. Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich. Campus Verlag, Frankfurt am Main.
- Döring, J. (2003): Was aus Europa heranrollt. Europäische Perspektive ist jetzt dringend erforderlich. In: Krankenhaus Umschau 8/2003, S. 725-728.
- Doré, J./Clar, G. (1997): Bedeutung von Humankapital. In: Doré, J./Clar, G./Mohr, H. (Hg.): Humankapital und Wissen. Grundlagen einer nachhaltigen Entwicklung. Springer Verlag 1997, S. 159-174.
- Dornier GmbH und Prognos AG (1989): Angebot und Bedarf an Pflegepersonal bis zum Jahr 2010. Forschungsbericht Nr. 188 des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Bonn.
- Eichhorst, W./Profit, S./Thode, E. (2001): Benchmarking Deutschland. Arbeitsmarkt und Beschäftigung. Bericht der Arbeitsgruppe Benchmarking und der Bertelsmann Stiftung. Springer Verlag, Berlin; Heidelberg; New York.
- Eickelpasch, R./Rademacher, C. (1997): Postindustrielle Gesellschaft. In: Kneer, G./Nassehi, A./Schroer, M. (Hg.): Soziologische Gesellschaftsbegriffe. Konzepte moderner Zeitdiagnosen. Wilhelm Fink Verlag, München, S. 205-228.
- Eiff, W. von (2003): Der Kampf ums Personal hat begonnen. In: Krankenhaus Umschau (ku), 8/2003, S. 684-686.
- Etzioni, A. (1969): The Semiprofessionals and their Organisations. Free Press, New York.
- Evers, A./Olk, T. (Hg.) (1996): Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. Westdeutscher Verlag, Opladen.
- Expertenkommission Finanzierung Lebenslangen Lernens (Hg.) (2002): Auf dem Weg zur Finanzierung Lebenslangen Lernens, Zwischenbericht. Bertelsmann-Verlag, Bielefeld.



- Exton, R./Totterdill, P. (2004): Partnership, Governance and Innovation at Nottingham City Hospital. In: Garibaldo, F./Telljohann, V.(Hg.): Globalisation, Company Strategies and quality of Working Life in Europe. Peter Lang GmbH, Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main, 2004.
- FfG (Forschungsgesellschaft für Gerontologie) (2002): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2002. Situation der Ausbildung und Beschäftigung. Im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.
- FfG (Forschungsgesellschaft für Gerontologie)/IAT (Institut Arbeit und Technik)/MHH (Medizinische Hochschule Hannover) (2001): Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt in Nordrhein-Westfalen. Studie im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Flieder, F. (2002): Was hält Krankenschwestern im Beruf? Eine empirische Untersuchung zur Situation langjährig berufstätiger Frauen in der Krankenpflege. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main.
- Fourastié, J. (1969): Die große Hoffnung des 20. Jahrhunderts.2. deutsche Auflage, Bund -Verlag, Köln. [Original Ausgabe: 1949]
- Fretschner, R./Grönemeyer, D./Hilbert, J. (2002): Die Gesundheitswirtschaft – ein Perspektivwechsel in Theorie und Empirie. In: Institut Arbeit und Technik: Jahrbuch 2001/2002, Gelsenkirchen, S. 33-37.
- Fretschner, R./Hilbert, J. (2002): ... Sondern für's Leben Lernen wir: Bildung und Qualifizierung in der Dienstleistungswirtschaft. In: Hartmann, A./Mathieu, H. (Hg.): Dienstleistungen in der Neuen Ökonomie. Struktur, Wachstum und Beschäftigung. Gutachten der Friedrich-Ebert-Stiftung, Berlin 2002, S. 72-84.
- Fretschner, R./Hilbert, J./Langer, D. (2003): Gesundheitswirtschaft in OstWestfalen-Lippe: Stärken, Chancen und Gestaltungsmöglichkeiten. Studie im Auftrag der OstWestfalenLippe Marketing GmbH, Bielefeld.
- Fretschner, R./Hilbert, J./Meier, B./Borchers, U./Heinze, R. G. (2003): Gesundheitswirtschaft in OstWestfalenLippe: Stärken, Chancen und Gestaltungsmöglichkeiten: Report. Zusammenfassung der Ergebnisse der Studie, erstellt im Auftrag der OstWestfalenLippe Marketing GmbH, Bielefeld.
- Fretschner, R./Hilbert, J./Micheel, B. (2001): Dienstleistungen im Ruhrgebiet - eine Geschichte ohne Happy End? In: Institut Arbeit und Technik: Jahrbuch 2000/2001, Gelsenkirchen, S. 143-157.
- Friese, M. (2000): Einführung. In: Friese, M. (Hg.): Modernisierung personenbezogener Dienstleistungen. Innovationen für die berufliche Aus- und Weiterbildung. Leske & Budrich, Opladen, S. 7-12.

- Garms-Homolová, V. (1998): Gesundheitsberufe im Wandel – Qualifikationen unter Innovationsdruck. In: Meifort, B. (Hg.): Arbeit und Lernen unter Innovationsdruck. Alternativen zur traditionellen Berufsbildung in gesundheits- und sozialberuflichen Arbeitsfeldern. Berichte zur beruflichen Bildung, Bertelsmann Verlag, 1998.
- Gartner, A./Riessman, F. (1978): Der aktive Konsument in der Dienstleistungsgesellschaft. Zur politischen Ökonomie des tertiären Sektors. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.
- Geissler, R. (1996): Kein Abschied von Klasse und Schicht. Ideologische Gefahren der deutschen Sozialstrukturanalyse. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie (KZfSS) 48/1996, S. 319-338.
- Georg, W./Sattel, U. (1995): Arbeitsmarkt, Beschäftigungssystem und Berufsbildung. In: Arnold, R./Lipsmeier, A. (Hg.): Handbuch der Berufsbildung. Leske & Budrich, Opladen, S. 123-142.
- Gershuny (1981): Die Ökonomie der nachindustriellen Gesellschaft. Produktion und Verbrauch von Dienstleistungen. Suhrkamp Verlag, Frankfurt/Main.
- Gewiese, T./Leber, U./Schwengler, B. (2003): Personalbedarf und Qualifizierung im Gesundheitswesen – Ergebnisse des IAB-Betriebspanels und der IAB- Gesundheitswesenstudie. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Jg. 36, 2/2003, S. 150-165.
- GfK (Gesellschaft für Konsumforschung) (1999): 50plus – Mehr als nur eine Generation. GfK Marktforschung, Nürnberg.
- Ghanaat, H. (2003): Das Krankenhaus als Fitness-Zentrum. In: Klinik Management aktuell (KMA) 11/2003, S. 86-88.
- Goslich, L. (2003): Ansturm auf die Pflege. In: Klinik Management aktuell (KMA) 3/2003, S. 70-72.
- Gross, P./Badura, B. (1977): Sozialpolitik und soziale Dienste: Entwurf einer Theorie personenbezogener Dienstleistungen. In: Ferber, C. von/Kaufmann, F.-X. (Hg.): Soziologie und Sozialpolitik. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderheft 19, S. 361. 385.
- Grote-Westrick, D./Rehfeld, D.(2003): Clusterentwicklung und Kompetenzfelder - ein Vergleich: Eindrücke aus drei Regionen in NRW. In: G.I.B.-Info, H. 2, S. 24-30.
- Grünewald, U./Moraal, D. (1996): Betriebliche Weiterbildung in Deutschland. Ergebnisse aus drei empirischen Erhebungsstufen einer Unternehmensbefragung im Rahmen des FORCE-Programms Gesamtbericht. Bertelsmann Verlag, Bielefeld.

- Haller, S. (1995): Beurteilung von Dienstleistungsqualität. Dynamische Betrachtung des Qualitätsurteils im Weiterbildungsbereich. Gabler Verlag, Wiesbaden.
- Hartmann, A./Mathieu, H. (Hg) (2002): Dienstleistungen in der Neuen Ökonomie. Struktur, Wachstum und Beschäftigung. Gutachten der Friedrich-Ebert-Stiftung, Berlin.
- Hartmann, A. K. (2000): Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und der Bundesrepublik Deutschland. Inauguraldisseratation der Fakultät für Sozialwissenschaft, Bochum.
- Hartmann, H. (1968): Arbeit, Beruf, Profession. In: Soziale Welt 19/1968, S. 193-216.
- Hasselhorn, H-M./Tackenberg, P./Müller, B. (2003): Warum will Pflegepersonal in Europa die Pflege verlassen. Übersetzung aus: Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. Stockholm, S. 115-145.
- Häußermann, H./Siebel, W. (1995): Dienstleistungsgesellschaften. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main.
- Heege, R./Mitlöhner, B./Pachur, G./Springop, L. (2001): Abschätzung des Qualifizierungsbedarfs für nicht-akademische Mitarbeiter im Gesundheitswesen. Gesellschaft für innovative Beschäftigungsförderung (G.I.B.) (Hg.): Ergebnisbericht der TD Techno Didact GmbH Dortmund.
- Heidemann, W. (2001): Weiterbildung in Deutschland. Daten und Fakten. Hans-Böckler-Stiftung (Hg.). Expertise im Rahmen des Arbeitsschwerpunktes „Bündnis für Arbeit“, Düsseldorf.
- Heinze, R.G. (2000): Modelle eines Niedriglohnsektors. Fördermodelle im Bündnis für Arbeit. In: Schupp, J./Solga, H. (Hg.): Niedrig entlohnt = niedrig qualifiziert? Chancen und Risiken eines Niedriglohnsektors in Deutschland. Beiträge der Konferenz in Berlin am 11.-12. Mai 2000 (auf CD).
- Heinze, R.G./Schmid, J./Strünck, C. (1998): Vom Wohlfahrtsstaat zum Wettbewerbsstaat. Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik in den 90er Jahren. Leske & Budrich, Opladen.
- Heinze, R.G./Streeck, W. (2000): Institutionelle Modernisierung und Öffnung des Arbeitsmarktes für eine neue Beschäftigungspolitik. In: Kocka, J./Offe, C. (Hg.): Geschichte und Zukunft der Arbeit. Campus-Verlag, Frankfurt am Main, S. 234-261.
- Helmstädter, E.(2002): Der tertiäre Sektor in der Wissensgesellschaft. In: Bosch, G./Hennicke, P./Hilbert, J./Kristof, K./Scherhorn, G. (2002): Die Zukunft von Dienstleistungen. Ihre Auswirkungen auf Arbeit, Umwelt und Lebensqualität. Campus Verlag, Frankfurt/New York, S. 116-140.

- Helmstädter, E. (2001): Der tertiäre Sektor im volkswirtschaftlichen Zusammenhang – Zwei alternative Sichtweisen. Graue Reihe des Instituts Arbeit und Technik 2001-03, Gelsenkirchen.
- Henke, K.-D./Mackenthun, B./Schreyögg, J. (2003): Gesundheit als Wirtschaftsfaktor. Eine ökonomische Analyse des Berliner Gesundheitsmarktes. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Band 46, Nr. 8, Springer-Verlag Heidelberg 2003, S. 642 – 647.
- Herrmann, D./Verse-Herrmann, A. (1997): Wachstumsmarkt Gesundheit & Pflege. Berufe – Ausbildungsmöglichkeiten – Perspektiven. Eichborn Verlag, Frankfurt am Main.
- Hilbert, J. (1997): Vom "runden Tisch" zur innovativen Allianz? Stand und Perspektiven des Zusammenspiels von regionalen Innovationssystemen und Qualifizierung. In: Dobischat, R./Husemann, R. (Hg.): Berufliche Bildung in der Region: zur Neubewertung einer bildungspolitischen Gestaltungsdimension. Berlin: Ed. Sigma, S. 65-85.
- Hilbert, J. (2000): Gesundheitswirtschaft: Vom Sorgenkind zur Zukunftsbranche. In: Blanke, Bernhard /Hilbert, Josef (Hg.): Sozialstaat im Wandel: Herausforderungen, Risiken, Chancen, neue Verantwortung. Düsseldorf: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen 2000, S. 55-68.
- Hilbert, J. (2003): Gesundheitsmetropole Ruhrgebiet? Chancen und Gestaltungsperspektiven der Gesundheitswirtschaft. In: Lange, S./Horch, C. (Red.): Metropolregion Ruhr: Perspektiven für das 21. Jahrhundert. Oldenburg: Verl. Kommunikation & Wirtschaft, S. 162-172.
- Hilbert, J./Fretschner, R./Dülberg, A. (2002): Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft. Manuskript. Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen.
- Hilbert, J./Naegele, G. (2002): Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter – Ein Such- und Gestaltungsfeld für mehr Wachstum und Beschäftigung. In: Bosch, G./Hennicke, P./Hilbert, J./Kristof, K./Scherhorn, G. (Hg.): Die Zukunft von Dienstleistungen: ihre Auswirkung auf Arbeit, Umwelt und Lebensqualität. Frankfurt: Campus-Verlag 2002, S. 347-369.
- Hilbert, J./Naegele, G. (Hg.) (1999): Qualifizierte Dienstleistungen. Internationale Erfahrungen und Herausforderungen für den Strukturwandel im Ruhrgebiet. LIT-Verlag, Münster; Hamburg; London.

- Hilbert, J./Nordhause-Janz, J. (1998): Suchfelder für beschäftigungsintensive Wachstums- und Innovationsbereiche: ein potential- und problemlösungsorientierter Ansatz. In: Lehner, F./Baethge, M./Kühl, J./Stille, F. (Hg.): Beschäftigung durch Innovation: eine Literaturstudie. Hampp Verlag, München, S. 401-461.
- Hilbert, J./Scharfenorth, K. (1998): Besser als ihr Ruf – Ausbildung im Dienstleistungssektor und ihre Perspektiven. In: Bosch, G. (Hg.): Zukunft der Erwerbsarbeit. Strategien für Arbeit und Umwelt. Campus Verlag, Frankfurt/New York, S. 436-458.
- Hilbert, J./Südmersen, H./Weber, H (1990): Berufsbildungspolitik. Geschichte – Organisation – Neuordnung. Leske +Budrich, Opladen 1990.
- Hilbert, J./Rohleder, C./Roth, G. (2001): Der heimliche Held des Strukturwandels? Wachstum und Beschäftigung in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft im Ruhrgebiet. Vortrag im Rahmen von "Historama Ruhr 2000", Konferenz "Bevölkerung, Umwelt und Gesundheit im Ruhrgebiet im sozialen Wandel seit 1945" am 25.6.2000 in Essen, Zeche Zollverein. Manuskript. Stand: 2. Juli 2001. Gelsenkirchen: Institut Arbeit und Technik.
- Hirsch, R. (2003): Störfaktor dementer Patient? In: Krankenhaus Umschau (ku) 2/2003, S. 172-176.
- Hoffritz, J. (2003): Gesundheit – kein Produkt wie jedes andere. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitschrift das Parlament, B 33- 34/2004, S. 3-6.
- Illing, K. (2003): Neues Produkt und neue Märkte für Kliniken. Medical Wellness – der Weg in den 2. Gesundheitsmarkt. In: Krankenhaus-Umschau Special Nr. 22 - 11/2003, S. 2-6.
- Inglehart (2000): Globalization and Postmodern Values. In: The Washington Quarterly 2000, S. 215-228.
- iwd (1997): Niedriglohnsektor: Job-Chancen für Unqualifizierte. In: Informationsdienst des Instituts der deutschen Wirtschaft 39/1997, S. 4-5.
- Kamberovic, R./Schwarze, B, (1999): Deutsche Fitness-Wirtschaft: Daten, Fakten, Zahlen, Prognosen. SSV-Verlag, Hamburg.
- Karsten, M.-E. (2000): Personenbezogene Dienstleistungen für Frauen. Aktuelle Tendenzen und Professionalisierungserfordernisse. In: Friese, M. (Hg.): Modernisierung personenbezogener Dienstleistungen. Innovationen für die berufliche Aus- und Weiterbildung. Leske & Budrich, Opladen, S.74-89.

- Karsten, M.-E. et al. (1999): Entwicklung des Qualifikations- und Arbeitskräftebedarfs in den personenbezogenen Dienstleistungsberufen. Expertise im Auftrag der Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen, Berlin.
- Karsten, M. – E. (1993): Weiterbildung für personenbezogene soziale Dienstleistungen im Sozial-, Erziehungs- und Pflegebereich in der Region Mülheim/Essen/Oberhausen.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung 2002.
- Kemmerling, A. (2003): Die Rolle des Wohlfahrtsstaates in der Entwicklung unterschiedlicher Dienstleistungssektoren. Wohlfahrtsstaatsregime und Dienstleistungsbeschäftigung. WZB-Diskussionspapier 2003-10, Berlin.
- Klinger, K. (2002): Vom Nonprofit- zum Forprofit-Krankenhaus. In: Krankenhaus Umschau (ku) 7/2003, S. 607-610.
- Klös, H.-P. (2001): Dienstleistungslücke, Niedriglohnssektor und transferpolitischer Reformbedarf. In: Baethge, M./Wilkens, I. (Hg.): Die große Hoffnung für das 21. Jahrhundert? Perspektiven und Strategien für die Entwicklung der Dienstleistungsbeschäftigung. Leske & Budrich, Opladen, S. 339-365.
- KMA (Klinik Management Aktuell) (2003): Ärztemangel. Studie zeigt erhebliche Nachwuchsprobleme. 9/2003, S. 7, 2003.
- KMA (Klinik Management Aktuell): Zukunftsmarkt Gesundheit. Die Branche im Aufbruch. Ausgabe 02/2004.
- Kneer, G./Nollmann, G. (1997): Funktional differenzierte Gesellschaft. In: Kneer, G./Nassehi, A./Schroer, M. (Hg.): Soziologische Gesellschaftsbegriffe. Konzepte moderner Zeitdiagnosen. Wilhelm Fink Verlag, München, S.76-101.
- Kramme, R. (2003): Standortbestimmung Telemedizin. Organisatorische, technische und rechtliche Anforderungen am das Unternehmen Gesundheitswesen. In: Krankenhaus Umschau (ku)1/2003, S. 12-15.
- Krüger, H. (1999): Personenbezogene Dienstleistungen: ein expandierender Arbeitsmarkt mit sieben Siegeln. In: Senatsverwaltung für berufliche Arbeit, Bildung und Frauen (Hg.): Kompetenz, Dienstleistung, Personalentwicklung. Welche Qualifikationen ordert die Arbeitsgesellschaft der Zukunft? Berlin.
- Kurtz, T. (1998): Professionen und Wissensberufe. In: Arbeit (Zeitschrift für Arbeitsforschung, Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik) 1/2003, S. 5-15.
- Landenberger, M. (2003): Modernes Qualifizierungskonzept für Pflege- und Gesundheitsberufe. In: Büssing, A./Glaser, J. (Hg.): Dienstleistungsqualität und Qualität

- des Arbeitslebens im Krankenhaus. Hogrefe verlag, Göttingen; Bern, Toronto; Seattle 2003, S. 201-225.
- Landenberger, M. (1998): Innovatoren des Gesundheitssystems. Dezentrale Handlungspotentiale von Pflegeorganisationen und Pflegeberufen durch die Gesundheitsreformgesetzgebung. Verlag Hans Huber, Bern; Göttingen; Toronto; Seattle.
- Landenberger, M./Ortmann, J. (1999): Pflegeberufe im europäischen Vergleich. Expertise der Berufs- und Ausbildungssituation in der Alten-, Kranken- und Behindertenpflege im Auftrag der Senatsverwaltung für Arbeit, Berufliche Bildung und Frauen, Berlin.
- Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (LDS) (2001): Beschäftigungsfaktor Gesundheitswesen, Strukturen, Trends, regionale Bedeutung. Düsseldorf.
- Larsen, C./Schmid, A. (2003): Fachkräftesituation und Fachkräftebedarf in der Pflege. Zwischenbericht zur Studie im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland Pfalz. Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK), Frankfurt.
- Lehndorff, S. (2002): Auf dem Holzweg in die Dienstleistungsgesellschaft? Gute Dienstleistungsarbeit als Politikum. In: WSI-Mitteilungen 55/2002, S. 491-497.
- Lehndorff, S. (2002 [a]): Soziale Dienstleistungen - Stiefkind der Dienstleistungsgesellschaft? Anregungen aus einem europäischen Forschungsprojekt. In: Institut Arbeit und Technik: Jahrbuch 2001/2002, Gelsenkirchen, S. 11-32.
- Lehner, F. (1999): Qualität und Qualitätssicherung von Bildung. In: Jobelius, S./Rünker, R./Vössing, K. (Hg.): Bildungs-Offensive: Reformperspektiven für das 21. Jahrhundert. VSA Verlag Hamburg, S. 49-56.
- Macdonald, K. (1995): The sociology of the Professions. Sage Publications, London; Thousand Oaks; New Delhi.
- Mehnert, A./Schäfer, H. (1998): Dienstleistungen: Begriff und Ansatzpunkte für ökonomische Untersuchungen. In: Cornetz, W. (Hg.): Chancen durch Dienstleistungen. Gabler Verlag, Wiesbaden, S. 9-35.
- Meifort, B. (2002): Die „weichen“ Fakten: Früherkennung von Qualifikationsentwicklungen in den personenbezogenen und sozialen Dienstleistungen – qualitative Befunde. In: Becker, W./Meifort, B. (Hg.): Gesundheitsberufe: Alles „Pflege“ – oder was? Personenbezogene Dienstleistungsberufe - Qualifikationsentwicklungen, Strukturveränderungen, Paradigmenwechsel. Bertelsmann-Verlag, Bielefeld 2002, S. 43-56.

- Meifort, B. (2001): Früherkennung von Qualifikationsentwicklung in den personenbezogenen Dienstleistungen. 4-Stufen Modell zur Früherkennung. In: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis (BWP) 1/2001, S. 25- 30.
- Meifort, B. (2001 [a]): Eliten brauchen Heloten. Heiteres Berufebasteln in der Krankenpflege. In: Dr. med. Mabuse 130, S. 40-45.
- Meifort, B./Mettin, G. (1998): Gesundheitspflege – Überlegungen zu einem BBiG-Pflegeberuf. Bertelsmann Verlag, Bielefeld.
- Meinhardt, V./Schulz, E. (2003): Kostenexplosion im Gesundheitswesen? Wochenbericht des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW), Ausgabe 7/03, Berlin.
- Meyer-Hentschel Managment Consulting (Hg.) (2000): Handbuch Senioren-Marketing: Erfolgsstrategien aus der Praxis. Deutscher Fachverlag, Frankfurt am Main.
- MGSFF NRW (Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein Westfalen) (2003): Seniorenwirtschaft in Nordrhein- Westfalen. Ein Instrument zur Verbesserung der Lebenssituation älterer Menschen. Bericht, Düsseldorf.
- Mikl-Horke, G. (2000): Industrie- und Arbeitssoziologie. Oldenbourg Verlag, München.
- Mintzberg, H. (1979): The Structuring of Organizations: A Synthesis of the Research. Englewood Cliffs, New York.
- Müller, S. (1995): Zwischen Medien- und Marktrealität – Zielgruppe Senioren. In: Absatzwirtschaft, Nr. 12, S. 42-48.
- Munz, S./Ochel, W. (2001): Fachkräftebedarf bei hoher Arbeitslosigkeit. Studie im Auftrag des Bundesministeriums des Innern, unabhängige Kommission „Zuwanderung“. IFO-Institut für Wirtschaftsforschung.
- Naegele, G. (1999): Demographie und Sozialepidemiologie – Zur These vom demographisch bedingten Anstieg der Gesundheitsausgaben. In: Naegele, G./Igl, G. (Hg.): Perspektiven einer sozialstaatlichen Umverteilung im Gesundheitswesen, Oldenbourg Verlag, München 1999, S. 63-65.
- Nefiodow, L. (1996): Der sechste Kondratieff : Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information. Rhein-Sieg Verlag, Sankt Augustin.
- Neiheiser, R./Walger, M. (2003): Die Novellierung des Krankenpflegegesetzes. In: das Krankenhaus, Heft 7, 2003, S. 534-538.
- Noll, H.-H. (2000): Konzepte der Wohlfahrtsentwicklung. Lebensqualität und „neue“ Wohlfahrtskonzepte“. Diskussionspapier des WZB P00-505, Berlin.



- Oberender, P./Hebborn, A./Zerth, J. (2002): Wachstumsmarkt Gesundheit. Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart.
- OECD (2003): Health Data (<http://www.oecd.org>)
- OECD (2000): Statistics on Value Added and Employment, Paris.
- Oelke, U./Menke, M (2002): Gemeinsame Pflegeausbildung. Modellversuch und Curriculum für die theoretische Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto; Seattle.
- Olk, T./Evers, A./Heinze, R.G. (2001): Baustelle Sozialstaat. Umbauten und veränderte Grundrisse. Publikation der Sektion „Sozialpolitik“ der Deutschen Gesellschaft für Soziologie. Verlag Chmierzlorz, Wiesbaden.
- Oschmiansky, H. (2002): Jobrotation in der Pflege. Qualifizierung gegen Fachkräftemangel. In: WZB- Mitteilungen 98/2002, S. 9-12.
- Parsons, T. (1954): Die akademischen Berufe und ihre Sozialstruktur. In: Rüschmeyer, D. (Hg.): Beiträge zur soziologischen Theorie. 2. Auflage. Neuwied, S. 160-179.
- Paul-Lempp-Stiftung (Hg.) (1997): Markтчancen im Pflege- und Gesundheitswesen. Innovative Dienstleistungsformen der Zukunft. Raabe Fachverlag für Öffentliche Verwaltung, Stuttgart.
- Personalführung Ausgabe 11/2003, S. 14f.
- Pfarr, H./Vogelheim, E. (2002): Zur Chancengleichheit von Frauen und Männern im Bündnis für Arbeit, Ausbildung und Wettbewerbsfähigkeit. Edition der Hans-Böckler-Stiftung Nr. 80, Düsseldorf.
- Polanyi, M. (1985): Implizites Wissen. Suhrkamp Verlag, Frankfurt/Main.
- Potratz, W./Hilbert, J. (2003): Jenseits von Beitragssätzen und Risikoausgleich. In: Institut Arbeit und Technik: Jahrbuch 2002/2003. Gelsenkirchen, S. 153-162.
- Presseinformation des MGSFF NRW vom 6.2. 2004.
- Preusker, U. (2003): Regionalen Gesundheitsmärkten gehört die Zukunft. In: Klinik Management aktuell (KMA), 8/2003, S. 57 f.
- Preusker, U. (2003 a): 50 Prozent bis 2015 an der Börse? In: Klinik-Management aktuell (KMA) 3/2003, S. 43.
- Preusker, U. (2003 b): 260.000 ausländische Patienten pro Jahr. In: Klinik Management aktuell (KMA) 2/2003, S. 33.
- Price Waterhouse Coopers (2000): Konturen: Gesundheit 2010. Die Zukunft des Gesundheitswesens. Fachverlag Moderne Wirtschaft, Frankfurt am Main.
- Pütz, H. (2003): Wettbewerbsfaktor für den Standort Deutschland. In: Grundlagen der Weiterbildung. Praxis – Forschung – Trends (GdWZ) 14. Jg. 6/2003, S. 253-258.

- Quaas (Agentur für Berufsplanung im Gesundheitswesen) (Hg.) (2003): Wegweiser Gesundheitsberufe 2003.
- Rabe-Kleberg, U. (1999): Frauen in pädagogischen und sozialen Berufen. In: Rendtorff, B./Moser, V. (Hg.): Geschlecht und Geschlechterverhältnis in der Erziehungswissenschaft. Leske & Budrich, Opladen, S. 103-116.
- Rabe-Kleberg, U. (1997): Frauen in sozialen Berufen. (K)eine Chance auf Professionalisierung? In: Friebertshäuser et al. (Hg.). Sozialpädagogik im Blick der Frauenforschung, Weinheim, S. 59-69.
- Rabe-Kleberg, U. (1994): Dienstleistung – ein Beruf? Oder: Warum Frauenarbeit bislang nicht professionalisiert wurde. In: Karsten, M.-E. (Hg.): Dienstleistungsgesellschaft: Herausforderungen, Trends und Perspektiven. Lüneburger Universitätsschriften (6), Lüneburg, S. 63-72.
- Regierungserklärung von Bundeskanzler Gerhard Schröder vom 10. November 1998 vor dem Deutschen Bundestag (unter <http://www.bundeskanzler.de/>).
- Rehfeld, D. (2003): Innovative Räume. In: Das Magazin. Zeitschrift des Wissenschaftszentrums Nordrhein-Westfalen, 14. Jg., Ausgabe 3/03, S. 21-23.
- Rehfeld, D. (2003[a]): Von Innovationsnetzwerken zu innovativen Räumen. In: Institut Arbeit und Technik: Jahrbuch 2002/2003, Gelsenkirchen, S. 47-53.
- Reisach, B. (2003): Herausforderungen für die Pflege stehen vor der Tür. In: Pflegen ambulant, 14. Jg., Nr. 3, 2003, S. 21- 25.
- Rennen-Allhoff, B./Bergmann-Tyacke, I. (2000): Ausbildung von Lehrerinnen und Lehrern für Pflegeberufe in den Mitgliedstaaten der EU. Robert-Bosch-Stiftung (Hg.): Basel; Bern.
- Rerrich, M. (2000): Neustrukturierung der Alltagsarbeit zwischen Lohn und Liebe. Überlegungen zu möglichen Entwicklungspfaden bezahlter häuslicher Dienstleistungen. In: Friese, M. (Hg.): Modernisierung personenbezogener Dienstleistungen. Innovationen für die berufliche Aus- und Weiterbildung. Leske & Budrich, Opladen, S. 44-58.
- Robert-Bosch-Stiftung (Hg.) (2000): Pflege neu denken – Zur Zukunft der Pflegeausbildung, Stuttgart.
- Roeder, N./Hindle, D./Loskamp, N./Juhra, C./Hensen, P./Rochell B.(2003): Frischer Wind mit klinischen Behandlungspfaden (II). Instrumente zur Verbesserung der Organisation klinischer Prozesse. In: das Krankenhaus, 2/2003, S. 124-130.
- Rohleder, C. (1999): Untersuchung zur Fort- und Weiterbildungssituation in der Altenarbeit. Kuratorium Deutsche Altenhilfe (Hg.), Köln.

- Schade, H.-J. (2003): Qualifikationsanforderungen der Betriebe an neue Mitarbeiter/innen im Berufsfeld Gesundheit und Soziales, Bonn.
- Schaeffer, D. (2003): Professionalisierung der Pflege. In: Büssing, A./Glaser, J. (Hg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Hogrefe Verlag, Göttingen; Bern, Toronto; Seattle 2003, S. 227-243.
- Schaeffer, D. (1999): Entwicklungsstand und –herausforderungen der bundes-deutschen Pflegewissenschaft. In: Pflege 12/1999, S. 141-152.
- Schäfer, W. (2003): Die IT-Nachfrage nimmt in der Pflege stark zu. In: Klinik Management aktuell (KMA) 9/2003, S. 40-41.
- Scharfenorth, K. (2003): Mit dem Alter in die Dienstleistungsgesellschaft? Perspektiven des demographischen Wandels für Wachstum und Gestaltung des tertiären Sektors. Inauguraldissertation der Fakultät für Sozialwissenschaft, Bochum.
- Scharpf, F. W. (1986): Strukturen der postindustriellen Gesellschaft. In: Soziale Welt 1/86, S. 3-24.
- Schell, W. (1995): Weiterbildungsgesetz Alten- und Krankenpflege des Landes Nordrhein-Westfalen. Brigitte Kunz Verlag, Hagen.
- Schimank, U. (1996): Theorien gesellschaftlicher Differenzierung. Leske & Budrich, Opladen.
- Schmidbaur, M. (2002): Vom „Lazaruskreuz“ zu „Pflege aktuell“. Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege 1903-2000. Ulrike Helmer Verlag, Königstein/Taunus.
- Schmidt, M./Flöttmann, C. (2004): Die pauschalierte Finanzierung der Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen. In: das Krankenhaus 3/2004, S. 161-166.
- Schneekloth, U./Potthoff, P (1993): Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Endbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung", Band 111.2 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Schneider, M./Hofmann, U./Jumel, S./Köse, A. (2002): Beschäftigungsunterschiede in ausgewählten Gesundheitssystemen der EU. BASYS Gutachten gefördert von der Hans-Böckler-Stiftung, Augsburg.
- Schräpler, J.-P./Schumann, D. (2001): Zweite Tertiarisierung und Arbeitsmarktdynamik: deskriptive Exploration mit der IAB-Beschäftigtenstichprobe und dem Sozio-ökonomischen Panel. Graue Reihe des Instituts Arbeit und Technik 04/2002. Veröffentlichung im Rahmen des WZN-Verbundprojektes „Zukunft der Arbeit II“: Diskussionspapier Nr.15.

- Schulz, E./Leidel, R./König, H.-H. (2001): Auswirkung der demographischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050. DIW-Diskussionspapiere Nr. 240, Berlin.
- Schwartz, F.W./Busse, R. (1998): Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung. In: Schwartz, F.W. (Hg.): Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban & Schwarzenberg, München [u.a.].
- Schwing, C. (2003): Da wird entsetzliches über uns hereinbrechen. In: Klinik Management aktuell (KMA) 8/2003, S. 28-35.
- Spinner, G. (2003): Die Situation der Beschäftigten im Gesundheitssektor – Zwischen wachsender Nachfrage, steigendem Kostendruck und tariflicher Flexibilisierung. PLS Ramboll Management (Hg.): Transparenzstudie im Auftrag von ver.di, gefördert durch die Hans-Böckler-Stiftung.
- Statistisches Bundesamt 2004 (unter <http://www.statistik.bund.de>).
- Statistisches Bundesamt (2003): Gesundheit. Ausgaben und Personal 2001. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2003a): Fachserie 12 Gesundheitswesen/Reihe 6, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2002): Datenreport 2002. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland, Bonn.
- Statistisches Bundesamt (2000): Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis zum Jahr 2050 – Ergebnisse der 9. koordinierten Bevölkerungsentwicklung, Wiesbaden.
- Stauch, A./Kunzmann, K.-R. (1998): Gesundheit und europäische Regionalentwicklung: innovative Politik für Touristik und Technologie, Medikur-Report 4, Hamm.
- Stehr, N. (2001): Moderne Wissensgesellschaften. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung „Das Parlament“, B 36/2001, S.7-14.
- Stille, F./Bitzer, J. (1998): Beschäftigungswirkungen von Innovationen: Analysen zu einem komplizierten Verhältnis. In: Lehner, F./Baethge, M./Kühl, J./Stille, F. (Hg.): Beschäftigung durch Innovation. Eine Literaturstudie. Rainer Hampp Verlag, München und Mering, S.15-58.
- Storcks, H. (2003): Hospital Branding. Krankenhäuser auf dem Weg zur Marke. In: Krankenhaus Umschau (ku) 11/2003, S. 1096-1100.
- Strehl, R. (2003): Anlass zu großer Sorge. Innovationshemmnisse im Gesundheitswesen und ihre Auswirkungen für die Krankenhäuser. In: Krankenhaus Umschau (ku) 4/2003, S. 270-274.
- Süddeutsche Zeitung, Ausgabe 02.01. 2004.

- SVRKAIG (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001, Bd. 2: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Nomos Verl.-Gesellschaft, Baden-Baden.
- SVRKAIG (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (1996): Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche: Sondergutachten 1996, Bd. 1: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung. Nomos Verl.-Gesellschaft, Baden-Baden.
- SVRKAIG (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (1987): Jahresgutachten 1987: Medizinische und ökonomische Orientierung. Baden-Baden.
- Teichler, U. (1995): Qualifikationsforschung. In: Arnold, R./Lipsmeier, A. (Hg.): Handbuch der Berufsbildung. Leske & Budrich, Opladen, S. 501-509.
- Voges, W. (2002): Pflege alter Menschen als Beruf. Soziologie eines Tätigkeitsfeldes. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden.
- Von Eiff, W. (2003): Ringen um Vertrauen und Sympathie. In: Krankenhaus-Umschau 10/2003, S. 961-966.
- Wasem, J. (1999): Das Gesundheitswesen in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung, Wissenschaftliche Analyse und Bewertung einer repräsentativen Bevölkerungsstudie, Neuss.
- Weidig, I./Hofer, P./Wolff, H. (1998): Arbeitslandschaft der Zukunft. Quantitative Projektion der Tätigkeiten. Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB), Nr.227, Nürnberg.
- Weinkopf, C. (1999): Privathaushalte und neue Dienste. In: Bullinger, H.-J. (Hg.): Dienstleistungen - Innovation für Wachstum und Beschäftigung: Herausforderungen des internationalen Wettbewerbs. Gabler Verlag, Wiesbaden, S. 195-197.
- Weiss, R. (1997): Auf dem Weg zur Dienstleistungsgesellschaft – Einführung und Überblick in 12 Thesen. In: Weiss, R. (Hg.): Aus- und Weiterbildung für die Dienstleistungsgesellschaft. Deutscher Instituts Verlag, Köln. S. 11-40.
- Welt am Sonntag 11/2004
- Werthmann, G. (2003): Behandlung "Just in Time". Informationstechnologie im DRG-Zeitalter: ein lernendes System. In: Krankenhaus Umschau (ku) 17/2003, S. 898-902.
- Willke, H. (1998): Organisierte Wissensarbeit. In: Zeitschrift für Soziologie, Jg. 27/Heft 3, S. 161-177.

- Windeck, P. (2003): Mediziner in der Unternehmensberatung? In: Unternehmensberater, Heft 5, 2003.
- Windel, A./Wolf, D./Teichert, C./Zimolong, B. (1999): Gruppenarbeit im Gesundheitswesen. Abschlussbericht, Ruhr-Universität Bochum.
- Wolff, H. (1990): Das Dienstleistungswachstum – eine moderne Umwegproduktion. Überlegungen zur Bedeutung der Dienstleistungen für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 1/90, Nürnberg S. 63-67.
- Woltemate, A. (2004): Frühzeitig die Weichen stellen. In: Krankenhaus Umschau (ku) 1/2004, S. 38-42.
- Worthmann, G. (2002): Systematisierung von Dienstleistungen – Beispiele aus dem IAT. In: Institut Arbeit und Technik: Jahrbuch 2001/2002, Gelsenkirchen, S. 103-113.
- Zaddach, M. (2003): „Uns fehlt der politische Biss“. In: Klinik-Management Aktuell 4/2003, S. 68-69.
- ZEW/infas (1999): Dienstleistungen in der Zukunft. Innovationsaktivitäten im Dienstleistungssektor Befragung 1998, Mannheim.
- Zinn, K.G. (1998): Tertiäre Krise oder tertiäre Zivilisation? In: Gewerkschaftliche Monatshefte 6/1998, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Zukunftskommission Bayern/Sachsen (1997): Kommission für Zukunftsfragen der Freistaaten Bayern und Sachsen: Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit in Deutschland. Entwicklungen, Ursachen und Maßnahmen, Teil II. Ursachen steigender Arbeitslosigkeit in Deutschland und anderen frühindustrialisierten Ländern.

### **Internetquellen**

<http://www.bundesärztekammer.de>  
<http://www.deutscher-pflegerat.de>  
<http://www.dkgev.de>  
<http://www.frequenz.net>  
<http://www.gbe-bund.de>  
<http://www.integrierte-pflegeausbildung.de>  
<http://www.lernende-regionen.info>  
<http://www.medeconruhr.de>  
<http://www.next-study.net>  
<http://www.pallas.iab.de>  
<http://www.spiegel.de>

<http://www.pallas.iab.de>

<http://www.pflegestudium.de>

<http://www.ruhrpakt.de/kompetenzfelder/index.html>

<http://www.svr-gesundheit.de/mitgl/raete/raetelei.htm>

<http://www.worldvaluessurvey.org>